Saúde em Ação

Série Perfil de Competência na Atenção Básica

Nota Técnica 01/21:

Capacidades Transversais dos Profissionais na Atenção Básica

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

BID
Banco Interamericano de Desenvolvimento

Série Perfil de Competência na Atenção Básica

Nota Técnica 01/21:

Capacidades Transversais dos Profissionais na Atenção Básica

AUTORES DA NOTA TÉCNICA:

Valéria Vernaschi Lima
Eliana Claudia Ribeiro
Fabiana da Mota Almeida Peroni
Fátima Palmeira Bombarda
Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo
Marta Campagnoni Andrade
Paulo Henrique Seixas
Renata Pinheiro de Almeida
Ricardo Tardelli
Roberto de Queiroz Padilha
Rosana Marques Ferro
Arnaldo Sala

São Paulo, 2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

Série perfil de competência na atenção básica: nota técnica 01/21: capacidades transversais dos profissionais na atenção básica/ Valéria Vernaschi Lima [et al.] São Paulo: SES/SP, 2021.

ISBN: 978-85-85472-29-0

1. Atenção primária a saúde. 2. Sistema único de saúde. I. Ribeiro, Eliana Claudia. II. Peroni, Fabiana da Mota Almeida. III. Bombarda, Fátima Palmeira. IV. Veríssimo, Larissa Cássia Gruchovski. V. Andrade, Marta Campgnoni. VI Seixas, Pailo Henrique. VII. Almeida, Renata Pinheiro de. VIII. Tardeli, Ricardo. IX. Padilha, Roberto Queiroz X. Ferro, Rosana. XI. Sala, Arnaldo.

SES/CCD/CD: 84/22 NLM WA 4

Elaborada por Renan Matheus Predasoli CRB 8/9275

Série Perfil de Competência na Atenção Básica
Nota Técnica 01/21: Capacidades transversais dos profissionais na Atenção Básica

Apresentação

Frente ao desafio de colocar em prática uma nova forma de fortalecer as Redes Regionais de Atenção à Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) criou, em 2013, um modelo visando aproximar o cidadão das unidades de saúde, ampliando o acesso.

No âmbito dessa modelagem, foi elaborado o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo/Programa Saúde em Ação, construído por meio da parceria da SES-SP com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). O projeto teve como focos a implementação e/ou consolidação de Redes de Atenção à Saúde e a capacitação de profissionais para garantir que o modelo colocasse o cidadão na centralidade do sistema de saúde.

Cenário

Com base em indicadores de saúde, econômicos e sociais, cinco regiões do estado de São Paulo foram escolhidas como prioritárias para o desenvolvimento das atividades do Programa de Fortalecimento da Gestão, a saber: Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Litoral Norte, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva/Sorocaba.

As ações do programa foram baseadas em estudos que apontaram as prioridades a serem trabalhadas para a qualificação da Atenção Básica, considerando-se as doenças e condições prevalentes nos serviços de saúde, as mudanças demográficas e epidemiológicas das populações das cinco regiões. Nesse sentido, a gestão de pessoas constituiu-se em um dos principais componentes do Projeto de Fortalecimento, visando contribuir para a qualificação dos serviços oferecidos.

Um dos eixos do Projeto investiu em infraestrutura e equipamentos para mais de 160 unidades de saúde, que instituíram novos fluxos e rotinas para o atendimento aos usuários. Outro eixo operou na produção e disseminação de conhecimentos e boas práticas em saúde, envolvendo profissionais e serviços das cinco regiões.

No sentido de ampliar a qualidade da atuação dos profissionais de saúde, uma parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês foi instituída no âmbito do Projeto focalizando o desenvolvimento de perfis de competência para profissionais de saúde da Atenção Básica.

O estabelecimento desses perfis objetivou subsidiar processos de seleção, avaliação e progressão nas diferentes profissões/ocupações, assim como estabelecer critérios de excelência para orientar uma atuação competente dos profissionais, visando um desempenho organizacional superior, com agregação de valor percebido não somente pelos trabalhadores do campo como também pelos usuários e sociedade em geral.

Assim, foram contemplados 5 grandes grupos profissionais para o estudo de Definição e Mapeamento das Competências do Profissional da Atenção Básica:

- agentes comunitários de saúde;
- articuladores de atenção básica;
- enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- médicos: clínicos gerais; pediatras, ginecologistas-obstetras, médicos generalistas; e
- odontólogos, técnicos e auxiliares de saúde bucal.

Referencial da Atenção Básica

Nos 30 anos de trajetória do SUS no Brasil, os caminhos da assistência à saúde foram sendo orientados para uma maior integração de ações e profissionais no Sistema de Saúde.

O papel da Atenção Básica – AB passou a ser orientador e fundante para a produção de um cuidado integrado. Para tanto, a AB opera por meio de equipes multiprofissionais e atua de modo intersetorial, articulando as dimensões biológica e subjetiva do processo saúde-doença aos contextos socioeconômico-culturais específicos, envolvendo pessoas, famílias, grupos sociais e diversos

segmentos relacionados à saúde, educação, trabalho, esporte, arte, economia, moradia e lazer, entre outros.
A partir do conhecimento das características e necessidades singulares do território de referência da Atenção Básica, incluindo riscos, vulnerabilidades e potencialidades, as equipes de saúde devem assumir responsabilidade sanitária pelos indivíduos, famílias e comunidades, promovendo respostas negociadas e baseadas em melhores práticas entre usuários e serviços da rede, considerando as diferentes necessidades de saúde identificadas, visando a melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas sob cuidado.
A Norma Operacional Básica de 1996 assumiu a Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Básica no SUS. A Estratégia de Saúde da Família – ESF apresenta como princípios básicos a vinculação, a responsabilização, a adscrição da clientela e o conhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos e das coletividades de um determinado território, compreendido não como mero espaço geográfico, mas como uma forma dinâmica de organização sociocultural.
Como modelagem do sistema, o funcionamento em redes de atenção à saúde, articulando profissionais, ações e serviços requereu uma redefinição dos papéis e da atuação dos diferentes profissionais de saúde inseridos em equipes de saúde. Essa transformação implica um exercício constante de interdisciplinaridade e o estabelecimento de processos de comunicação horizontal (nas equipes) e vertical (com os demais níveis da Rede), com destaque para o controle social dos usuários e para o compromisso social dos agentes e serviços com as necessidades de saúde da sociedade.
No âmbito de redes integradas de saúde, a Atenção Básica deve ser responsabilizada pelo enfrentamento e pela busca da resolução da maioria dos problemas de saúde das pessoas sob cuidado ou da população adscrita. Paralelamente, deve coordenar o cuidado na rede de atenção, favorecendo o acesso às ações e aos serviços necessários, promovendo o acompanhamento longitudinal das trajetórias dos usuários no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente nos respectivos territórios sanitários.

Referencial de Competência

Novos desafios na formação profissional têm emergido em função de profundas modificações no mundo do trabalho que demandam maior flexibilização e integração nos processos produtivos.
Nesse contexto, observa-se um deslocamento progressivo da graduação profissional tradicional assegurada por um diploma, obtido pela aprovação em diferentes disciplinas de um currículo, para a certificação de competência profissional. Esse deslocamento traduz o reconhecimento de que a formação deve preparar o profissional para um mundo do trabalho em transformação que requer uma articulação de capacidades que supera os saberes acadêmicos legitimados e impõe um diálogo ampliado com diferentes atores. No caso da saúde, os atores envolvidos com as diferentes profissões são representados não apenas pela universidade, mas também pela gestão dos serviços, sociedades ou associações profissionais, entre outros. Dessa forma, a definição e a avaliação de competência saem de uma perspectiva de neutralidade e passam a ser compreendidas em um campo de tensões, no qual coexistem conflitos de interesse entre diferentes atores e hierarquias de poder na sociedade.
Concepções distintas sobre competência respondem a essas tensões e foram construídas a partir de diferentes pressupostos psicopedagógicos, econômicos e sociais. Aquelas concepções voltadas à adaptação dos futuros profissionais às funções ou aos postos de trabalho traduzem competência pelo domínio e verificação de determinados conjuntos de conhecimentos (condutivismo ou behaviorismo) ou pela realização de determinadas tarefas ou ações (funcionalismo).
A concepção construtivista volta-se para o entendimento de uma atuação profissional transformadora ao invés de adaptativa. Para essa concepção, a consciência crítica e a interação dos profissionais em contextos reais do trabalho produzem transformações nas práticas que tensionam a ideia de adaptação ao trabalho. Paralelamente, o modelo holístico avança na proposição de uma articulação dos elementos constitutivos da competência: (i) atributos ou capacidades (cognitivas, psicomotoras e atitudinais); (ii) ações ou atividades essenciais que caracterizam uma determinada prática profissional; (iii) contexto; (iv) valores.

Associado ao modelo holístico, a abordagem dialógica promove uma melhor identificação e interconexão entre diferentes visões e perspectivas dos mundos do trabalho, da formação e dos sujeitos implicados numa determinada prática. Assim, tanto o conhecimento científico, chamado de protocolar ou acadêmico, como o conhecimento relacionado à singularidade de cada situação, chamado situacional, devem estar articulados de maneira a constituírem modos competentes de lidar com os desafios do mundo do trabalho. É na relação entre "o científico" e "a contextualização de situações singulares" que os outros elementos da competência -valores, desejos e interesses que justificam ou negam nossas racionalidades- podem ser melhor contemplados.
Ao analisar e triangular diferentes visões e conceitos de excelência, a abordagem dialógica de competência possibilita a construção de um metaponto de vista (MORIN, 2003) que interconecta perspectivas e elementos da competência. Assim, a combinação entre a concepção construtivista, modelo holístico e abordagem dialógica fundamentaram as bases referenciais de competência empregadas na definição dos perfis profissionais no âmbito da atenção básica.

Percurso metodológico

Foram aplicadas as seguintes etapas para a definição dos perfis de competência de cinco grupos de profissionais da saúde ou funções na Atenção Básica: (i) a indicação de profissionais com prática considerada competente, segundo diferentes atores sociais; (ii) a investigação das melhores práticas desses profissionais; (iii) a identificação das áreas de competência que conformam as melhores práticas; (iv) a construção do perfil por meio do diálogo entre ações, atributos, valores e contextos, qualificados segundo critérios de excelência.

a) Indicantes: distintas perspectivas

Foram apontados atores relevantes envolvidos e interessados em cada um dos grupos profissionais investigados, denominados INDICANTES.
De modo geral, os "indicantes" representam distintas perspectivas sobre o que é um perfil profissional competente. Potenciais diferenças podem ser devidas às distintas inserções, pontos de vista e repertórios que, por exemplo, gestores, docentes, profissionais de saúde, representantes de associações de classe e usuários, entre outros, utilizam como referência de boas práticas em um determinado campo profissional.
Assim, o conjunto de "indicantes" (*stakeholders*) contemplou representantes institucionais e de organizações governamentais e não governamentais; profissionais na área; especialistas envolvidos ou interessados na profissão ou ocupação; representantes de usuários ou de associações de pacientes/familiares; e gestores.
O conjunto de indicantes visou ampliar o espectro de validação e a legitimidade dos perfis de competência construídos, bem como dos parâmetros a serem utilizados nas atividades de gestão de pessoas, incluindo seleção, capacitação, progressão, certificação e avaliação do desempenho profissional no âmbito da atenção básica.
Cada "indicante" apontou dois profissionais considerados competentes (titular e suplente) que, à luz de seus referenciais, apresentassem práticas a serem disseminadas e consideradas como modelo ou exemplo no contexto da atenção básica. A partir desse apontamento foi constituído um grupo de profissionais INDICADOS.

b) Indicados: representantes de distintas perspectivas

Os critérios de inclusão e de exclusão para essa indicação foram pactuados com os indicantes, sendo exemplos: estar vinculado à atenção básica há pelo menos 3 anos; representar um modelo de prática que o indicante julgue competente na atenção básica; atuar na carreira objeto da investigação de prática. Como critérios de exclusão: recusa à indicação; impossibilidade de produzir os materiais prévios à oficina; falta de disponibilidade para participar ou ausência na oficina de investigação de práticas.

c) Oficina de investigação de práticas

As oficinas foram realizadas de modo a contemplar: (i) apresentação dos indicados (nome, instituição, local de trabalho, tempo de formado e na atenção básica); (ii) explicitação da expectativa em relação à oficina e à definição do perfil; (iii) apresentação da equipe de apoio e da metodologia utilizada; (iv) ressignificação pelos participantes do material previamente produzido e enviado pelos indicados antes da oficina.

O material prévio envolveu a produção de: (i) uma narrativa reflexiva sobre a trajetória profissional, destacando os principais eventos que os levaram a trabalhar na atenção básica e desafios enfrentados em sua prática profissional nesse âmbito de atuação; (ii) uma semana típica de trabalho com a sequência de ações cotidianamente desenvolvidas, canceladas ou postergadas.

As oficinas foram realizadas em dois períodos de trabalho, sendo aplicada a técnica da visualização móvel e a abordagem dialógica para o compartilhamento e reflexão sobre as atividades profissionais desenvolvidas pelos participantes. Foram definidas as atividades características da profissão ou função, o campo e as áreas de atuação profissional, o contexto e os critérios de excelência. Os metapontos de vista (MORIN, 2003) foram tecidos considerando-se as melhores práticas e o desenvolvimento científico e sociocultural, no âmbito da Atenção Básica.

d) Elaboração do perfil de competência

A construção dos perfis profissionais utilizou metodologia qualitativa para a triangulação das narrativas, semanas típicas e produtos das oficinas. Foram estabelecidas as áreas de competência da respectiva profissão ou ocupação que representam e conformam a atuação em uma determinada prática profissional. Embora integradas, as áreas de competência são apresentadas didaticamente como "núcleo e campo"[1]. O "núcleo" de atuação distingue e diferencia as profissões. O "campo" representa atividades compartilhadas com profissionais de distintas formações e/ou com diferentes funções. Essa organização permitiu, ainda, a identificação das áreas de conhecimento e disciplinas que fundamentam, em grande parte, a modelagem dos processos de trabalho e o raciocínio que, respectivamente, constituem e fundamentam cada área de competência.

A análise temática buscou a identificação das capacidades que traduzissem uma identidade transversal dos diferentes profissionais e que fossem orientadas à consecução da missão institucional, no caso dos princípios do SUS no contexto da AB. Além dessas, foram também identificadas as capacidades que expressassem os valores relacionados à identidade de cada profissão no cuidado à saúde das pessoas e populações, no contexto da atenção básica. Essas capacidades foram encontradas nas áreas de competência, nas ações-chave e nos desempenhos e identificadas por meio da análise temática.

O conjunto de capacidades identificadas foram submetidas à validação em oficina com gestores representantes da SES-SP. Além dessa validação foram apresentadas, problematizadas e alinhadas as designações nominais atribuídas às áreas de competências nas diferentes profissões, assim como as respectivas ações-chave.

---

[1]Os conceitos de núcleo e de campo que fundamentam a organização do perfil de competência em áreas de competência estão baseados em uma adaptação realizada por CAMPOS (1997) aos conceitos de "campo" e "corpus", elaborada por BOURDIEU (1983). Para CAMPOS (2000, p.220), "*o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional (....) [representando] uma aglutinação de conhecimentos (....) que conforma um determinado padrão (....) de produção de valores de uso; e o campo [conforma] um espaço de limites imprecisos onde cada (....) profissão buscaria em outras [disciplinas] apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas*".

Resultados gerais: áreas de competência

As áreas de competência representam eixos estruturantes da atuação profissional, fundamentados por saberes específicos, porém articulados. No enfrentamento de problemas ou desafios da profissão, as áreas de competência profissional são integradas e combinadas no sentido da obtenção dos melhores resultados das intervenções.

A depender do problema ou desafio, as áreas de competência podem participar com maior ou menor predominância na produção de determinadas intervenções. De modo geral, essa identificação tem caráter didático educacional, tanto para a formação como para a avaliação orientadas por competência, uma vez que na prática profissional a interconexão das áreas é inerente e necessária no exercício profissional.

Para os cinco grupos profissionais investigados foram encontradas três áreas de competência no âmbito da atenção básica: (i) área de atenção à saúde; (ii) área de gestão em saúde; (iii) área de educação na saúde.

Na área de competência de atenção, cuidado ou assistência à saúde foram encontradas ações e capacidades que utilizam o raciocínio clínico-epidemiológico, aplicado às dimensões biológica, psicológica e social do processo saúde-doença, com especificidades para a atuação de cada uma das carreiras da saúde, que conferiram e caracterizaram a identidade profissional específica.

Na área de gestão do trabalho em saúde foram agrupadas as ações e capacidades relacionadas ao planejamento e administração de processos de trabalho que envolvem a organização de distintas práticas e profissionais de saúde. A racionalidade predominante nessa área é fundamentada pelo pensamento estratégico.

Na área de educação na saúde foram agrupadas as ações e capacidades relacionadas ao pensamento crítico e reflexivo. Essa área envolve ações relacionadas a autoaprendizagem e à aprendizagem realizada na interação com outros (Figura 1).

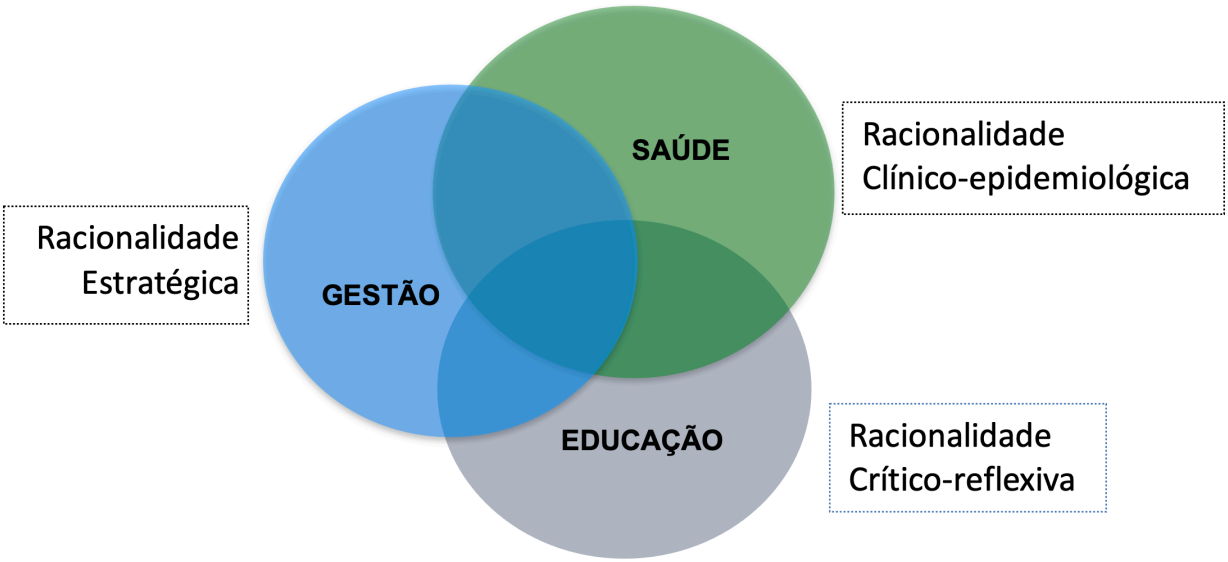

Figura 1 Representação da articulação das áreas de competência e racionalidade predominante
Fonte: Lima et al. (2018)

A partir desses achados, as áreas que conformaram o campo de atuação profissional foram consideradas como sendo as competências organizacionais e as áreas de núcleo, como sendo as competências técnicas. As capacidades chamadas organizacionais emergiram de modo transversal, a partir do material produzido e coletado nas oficinas de investigação de práticas. As capacidades técnicas foram específicas segundo as profissões investigadas: agentes comunitários de saúde; articuladores de atenção básica; enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; médicos; odontólogos, técnicos e auxiliares de saúde bucal.

O detalhamento dos desempenhos segundo áreas de competência explicita os conteúdos cognitivos, psicomotores e atitudinais que, combinados, possibilitam uma atuação competente, segundo critérios de excelência estabelecidos. Essa etapa permitiu o estabelecimento de indicadores para a certificação profissional.

Os desempenhos foram agrupados segundo ações-chave, que expressam uma ideia central que caracteriza um determinado movimento do processo de trabalho. As ações chaves requerem um conjunto específico de desempenhos, aqui considerados como uma combinação de capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, frente a determinados problemas profissionais, em contextos singulares do trabalho em saúde. Esses desempenhos devem ser passíveis de serem observados, no sentido de qualificar as práticas.

Resultados específicos: capacidades transversais ou transocupacionais

O conceito de capacidades organizacionais, também chamadas de competências organizacionais se refere, predominantemente, à expressão de uma identidade que retrata missão, valores, visão e estratégia organizacionais na atuação dos profissionais de uma determinada instituição.

Alguns autores defendem que as competências organizacionais dizem respeito às capacidades relacionadas aos processos do trabalho e à atuação com autonomia, responsabilidade e comunicação, possibilitando a coordenação e a integração de processos que expressem a missão institucional. Essas capacidades são coletivamente construídas, ao longo do tempo, compondo o que se pode chamar de cultura organizacional.

Como a cultura é entendida como um conjunto de saberes, crenças e valores compartilhados e transmitidos para os novos profissionais, a aprendizagem organizacional é um processo social, por meio do qual os trabalhadores constroem e atribuem significados às experiências profissionais vividas na organização.

Assim, dialeticamente, as organizações influenciam as práticas dos profissionais e as práticas dos profissionais resignificam e reconstroem a cultura organizacional. Desse modo, as capacidades consideradas organizacionais são aquelas que representam o campo de atuação dos profissionais da saúde no contexto da AB, de modo alinhado às diretrizes da atenção básica no Sistema Único de Saúde.

I. Área de Competência de Atenção/Assistência à Saúde:

1. Compromisso com o Sistema Único de Saúde

O compromisso com o Sistema Único de Saúde foi revelado por meio de valores e atitudes que caracterizam as intervenções de cuidado, de organização do trabalho e de interação com pessoas, grupos e sociedade.

Como valores, a defesa do SUS e de seus princípios apareceu, de modo geral, como um sentimento de paixão, fundamentalmente construído no processo de trabalho após a graduação. O sentido atribuído à saúde foi o de direito dos cidadãos e dever do Estado e o compromisso com o SUS representando esses valores.

Como atitudes, o envolvimento e a alegria no ato de cuidar da saúde das pessoas apareceram como capacidades que produzem melhores resultados, tanto do ponto de vista dos pacientes como dos trabalhadores da saúde. O sentimento de ser importante para a vida das pessoas, em particular em áreas de grande vulnerabilidade, nas quais a ação dos profissionais de saúde faz diferença, foi um elemento comum nos diversos perfis investigados e definidor do altruísmo na identidade profissional.

Igualmente de modo predominante, o trabalho no SUS foi considerado uma opção de vida e de trabalho, pouco relacionada ao valor da remuneração financeira para as profissões com melhores possibilidades no mercado de trabalho. A segurança da vinculação com o setor público, a organização do trabalho nos dias úteis da semana e a organização das atividades em horário comercial mostraram-se atraentes na escolha da AB. Esses interesses, preferências, valores e atitudes qualificaram as ações profissionais nas três áreas de competência.

2. Atenção orientada às necessidades de saúde das pessoas e populações

O trabalho centrado nas necessidades de saúde das pessoas foi evidenciado como orientador do processo de trabalho dos profissionais, nas profissões/ocupações investigadas. Essa orientação, fundamentada por racionalidades clínico-epidemiológica e estratégica, foi qualificada por valores e atitudes que expressam empatia, humanização, respeito e ética.
A postura atenciosa e uma escuta aberta e sem pré-julgamentos foram reveladas como capacidades fundamentais durante todo contato com usuários e moradores do território sanitário. Essas caraterísticas se fizeram presentes de modo associado às destrezas técnicas relativas à realização de intervenções, procedimentos ou manobras de cuidado. O acolhimento e a técnica da anamnese foram os dispositivos mais evidenciados para a identificação de necessidades de saúde, com destaque para a inclusão das dimensões subjetiva e social, associadas à dimensão biológica do processo saúde-doença.

3. Atenção contextualizada na família e no território sanitário

O reconhecimento e a inclusão de elementos relativos às famílias, à cultura e às condições do território sanitário apareceram de modo relevante na atuação dos diferentes profissionais da AB, no sentido da contextualização do processo saúde-doença. Assim, o contexto foi apontado como um elemento que qualifica a identificação de necessidades de saúde e a elaboração de planos de intervenção individual e coletiva.

4. Cuidado integral à saúde

A construção de planos para o cuidado integral à saúde das pessoas e coletivos aparece como uma abordagem que produz melhores resultados no cuidado à saúde das pessoas. A articulação de ações preventivas e curativas associadas à promoção da saúde foi apontada como uma diretriz que embora mostre melhores resultados, ainda precisa ser conquistada como um modo de produzir cuidado à saúde. O enfoque preventivo no cuidado às pessoas e coletivos é apresentado como um diferencial da AB em relação a outros âmbitos ou modelos de assistência.

II. Área de Competência de Gestão em Saúde:

5. Organização do trabalho a partir da análise de contexto

A organização do trabalho em saúde considerada mais efetiva foi aquela orientada à análise do contexto, considerando-se os aspectos internos e externos aos serviços.
As capacidades relacionadas à leitura da realidade, incluindo os aspectos sociais, econômicos e culturais foram apontadas como fundamentais para a análise do contexto e, consequentemente, para a organização dos processos e fluxos do trabalho em saúde.
O reconhecimento da cultura, expressa pelos valores e interesses das pessoas e populações foram consideradas relevantes para a organização das intervenções dos profissionais.

6. Trabalho em equipe

A organização do trabalho em equipes multiprofissionais foi apontada como sendo uma resposta mais eficiente e efetiva frente à complexidade dos problemas de saúde das pessoas e populações.
A combinação dos saberes e da atuação dos diferentes profissionais das equipes de saúde para o enfrentamento dos problemas e desafios no cuidado à saúde de pessoas e populações foi apontada como uma fortaleza e fundamentalmente buscada por meio de reuniões de equipe e do trabalho compartilhado entre diferentes profissionais.

7. Articulação das ações e serviços de saúde

A articulação de profissionais e serviços no sentido da construção de um cuidado longitudinal e integral apareceu, predominantemente, como um desafio compartilhado por todos e uma meta a ser alcançada. Os esforços existentes para essa articulação foram referidos como ações de cunho predominantemente individual, quando deveriam estar instituídos como diretrizes nos serviços de saúde. Nesse sentido, foi evidenciada a falta de dispositivos para a regulação dos recursos e equipamentos no cuidado à saúde e para a articulação da saúde com outros setores.

III. Área de Competência de Educação na Saúde

8. Aprendizagem ao longo da vida

As capacidades predominantes nessa temática foram relacionadas à permanente abertura para aprender e o desenvolvimento da reflexão, da criatividade e da busca de superação das dificuldades e limitações na construção das práticas de saúde, visando o crescimento profissional e o melhor cuidado à saúde, no contexto da AB e do SUS.

9. Construção de conhecimentos baseada em evidências e no contexto

A construção e a disseminação de conhecimentos/saberes, considerando o contexto e os diferentes valores e interesses das pessoas envolvidas esteve presente em todas as profissões investigadas. Por meio da interação com as pessoas e levando em conta as diferentes realidades e valores, a troca respeitosa de saberes foi considerada a base para a construção de vínculos entre profissionais de saúde e destes com os usuários e moradores dos territórios sanitários. A produção de melhores práticas em saúde foi referendada às evidências científicas e singularizadas ao contexto das pessoas e populações.

Considerações finais

Ao identificar o processo de construção da identidade dos profissionais da AB como uma conquista do cotidiano do trabalho em saúde, cabe destacar o quão significativa foi considerada essa aprendizagem pelos profissionais competentes e o quão distante foi essa construção do processo de formação, nas respectivas graduações. A entrada no mundo do trabalho foi, ao mesmo tempo, considerada um choque, pela falta de preparo na graduação, e um desafio, pela relevância atribuída à atuação dos profissionais da atenção básica. Assim, as capacidades organizacionais foram, realmente, construídas no mundo do trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. BRASIL. Lei n. 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema ⁄nico de Saúde-NOB-SUS 1/ 96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BOURDIEU, P. (1983). O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). Pierre Bourdieu. Ática, 1983. (Grandes Cientistas Sociais)

CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e Cultura, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate, 26(60): 37-61, jan.- abr., 2002.

GONCZI, A. e HAGER, P. The Competency Model. International Encyclopedia of Education, vol. 8, pp. 403-410, 2010.

GONCZI, A. Enfoques de educación y capacitación basada en competencia: la experiencia australiana. En: Papeles de la Oficina Técnica. Cinterfor/OIT, 1998.

GONCZI, A.; HEGERTY, F.; WOODBURGE, G. Temas actuales de la educación y la capacitación profesional en Australia in: Argueles Antonio (compilador) La educación tecnológica en el mundo. México: Editorial Limusa, pg.205 a 238, 1998.

HAGER, P. e GONCZI, A. What is competence? Medical Teacher 18 (1):15-8; 1996.

HERNÁNDEZ, D. Políticas de certificación de competencias en América Latina. In: CINTERFOR. Competencia Laboral y valorización del aprendizaje. Montevideo: Cinterfor/OIT. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional, n. 152, 2002.

HILLAU, B. De l'intelligence operatoire à l'historicité du sujet. In: Minet F.; Parlier M.; Witte S. La compétence, mythe, construction ou réalité? Paris: Éditions l'Harmattan, 1994.

LIMA, V.V. Competência: diferentes abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

LIMA VV et al. Nota técnica no 1 Processo de construção de perfil de competência de profissionais. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2014. [Acesso em 15 de outubro de 2021] Disponível em http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/nota-tecnica-competencia-profissionais.pdf

LIMA V.V., RIBEIRO, E.C.O., PADILHA, R.Q., MOURTHÉ, C.A.M.J. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Interface. 2018; 22(Supl. 2):1549-62

MATURANA, H. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORIN, E. Educar para a era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo, Editora Cortez, 2003.

PAIM, JS. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.

RAMOS, M.N. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

Ribeiro ECO, Lima VV, Padilha RQ. Formação orientada por competência. In: Lima VV e Padilha RQ (org). Série Processos Educacionais na Saúde vol1 - Reflexões e inovações na Educação de Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018 (25-36).

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. Educ. Soc. 1998; 19(65): 101-139.

TANGUY, L. Competência e integração social na empresa. In: Ropé F & Tanguy L. Saberes e competência: o uso de tais noções na escola e na empresa. São Paulo: Papirus, 1997.

VALLE, R. O conhecimento em ação: novas competências para o trabalho no contexto da reestruturação produtiva. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

ZARAFIAN, P. Objetivo competência. São Paulo: Atlas, 2001.

ZARIFIAN, P. La Question de la Compétence. De la notion de qualification à celle de compétence. http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page 143 [Acesso em 15 de outubro de 2021].