

FREIRE, P. **Professora sim, tia não**: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'água, 1997.

PARENTE, J.R.F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE**, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Guia acadêmico**: Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VERDI, M. et al. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.283-304.

Acreditação Pedagógica como Estratégia de Avaliação Formativa Institucional em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde¹

Ricardo Burg Ceccim

INTRODUÇÃO

A avaliação constitui importante dispositivo técnico e político para acompanhar ações e considerar proposições, caminhos e resultados. Podemos dizer também que toda avaliação tem repercussão pedagógica, uma vez que toda expectativa de uma boa avaliação incide na regulação das práticas a serem avaliadas. A avaliação, segundo Leite (2005), é um “organizador qualificado de informações”, prestando-se ao reconhecimento de situações, estados ou condições de forma qualitativa e quantitativa. Ao apresentar, como no presente texto, uma proposta de uma “avaliação institucional formativa”, pretende-se gerar, pela exploração de dados ou informes, uma sistemática de organização da informação e, com base nela, formar trabalhadores para a implementação de certas práticas ou para a tomada de consciência “ativa” sobre fazeres deliberados coletivamente ou no

¹Documento elaborado para o curso de formação de avaliadores de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, desencadeado pela Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS), em 2015. Toma por base palestra proferida na XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, realizada de 02 a 04 de julho de 2000 em La Habana, Cuba, sobre “Acreditação Pedagógica”. A exposição integrava o debate sobre processos contínuos de melhoria da qualidade nas instituições de ensino da saúde, incluindo processos de autoavaliação e de avaliação externa dos quais participassem os proponentes, os gestores da política pública de educação e de saúde, o corpo docente, os alunos, os egressos e os usuários das ações e serviços de saúde relacionados.

interesse de políticas públicas aceitas socialmente. O que se espera de uma avaliação institucional formativa em programas de ensino na saúde é que sua “informação” resulte em ações de transformação participativa nas realidades e gerem processos coletivos de mobilização por uma cultura de educação na saúde e de atenção à saúde que diga respeito à atenção integral, à aprendizagem significativa e à inclusividade da diversidade da vida, com suas singulares necessidades sociais e suas especificidades políticas na consolidação do Sistema Único de Saúde.

O debate vigente sobre a *avaliação institucional em educação* e o debate vigente sobre a *interação ensino-sociedade em saúde* conformam cenários particulares à avaliação das residências em área profissional da saúde. Essa modalidade de formação adquiriu formato legal muito recentemente e seus desafios de supervisão e regulação recém começaram, motivo pelo qual a avaliação desponta como desafio pedagógico não apenas para os avaliados como para o próprio sistema de avaliação no interior da gestão das políticas públicas de educação e de saúde, devendo provir de cotidianos vivos e criativos. O avaliado deve saber o que dele se espera como bom desempenho e monitoramento da qualidade, mas também contribuir para a melhoria do sistema avaliativo e sua sensibilidade para a boa supervisão e regulação. O avaliador, neste momento, precisará exercer “pedagogicamente” sua tarefa, isto é, ser capaz de análise apreciativa, observação participante, apreensão de potências e colaboração ativa. A ideia e ação da Avaliação Institucional em Educação como uma Avaliação Formativa Institucional é para que ela funcione como organizador qualificado da informação recolhida sobre a qualidade da implementação de programas de

residência em área profissional da saúde, mas também opere como dispositivo de transformação participativa da realidade onde sucede a implementação dessa modalidade de ensino e formação. Como meta ulterior, espera-se do sistema de avaliação a produção de uma inteligência coletiva recolhida da rede de atores em interação para que represente, ainda, acreditação pedagógica, isto é, represente uma construção coletiva permanente, resultado do aprendizado compartilhado, realizado cotidianamente, tendo em vista a melhor resposta às políticas públicas implicadas.

Participam de uma acreditação pedagógica não apenas o agente técnico da coleta de informações avaliativas e o gestor de ensino responsável por prestar informações e dar acesso às bases locais de dados. Para que seja “acreditação” a avaliação institucional deve ser contínua e colaborar ativamente para a construção do melhor conceito a ser praticado, cooperar para que os programas sejam dignos de confiança e apoiar que efetivamente os programas sejam de elevada sensibilidade formativa. Para que seja “pedagógica” tal acreditação se faz com princípios e premissas educativas, compondo coletivos e redes de interação e aprendizado, no interior dos programas e entre os programas, no interior das instituições proponentes e entre tais instituições, entre gestores de programas e gestores de políticas de saúde e de educação, articulando e estimulando a articulação entre todos os atores interessados no desencadeamento, fortalecimento e consolidação dos programas de residência em área profissional da saúde e de tal modalidade formativa.

Uma avaliação institucional envolve autoavaliação; avaliação externa; avaliação de desempenho dos discentes no percurso formativo; avaliação pelos usuários de serviços de saúde quanto ao desempenho profissional no tocante às expectativas de acolhimento, integralidade da atenção e resolutividade; avaliação com os gestores públicos quanto à condução das interfaces entre educação e trabalho na saúde; a avaliação pelos egressos quanto à vigência e duração das aprendizagens e mesmo a avaliação por traçadores de sistemas e serviços de saúde, tendo em vista aquilatar indicadores de impacto. Uma acreditação pedagógica pode significar “gestão formativa”, assim como para Ceccim e Feuerwerker (2004) é a Educação Permanente em Saúde uma estratégia de gestão política do trabalho, inserindo ferramentas de aprendizagem no cotidiano, tendo em vista a transformação das práticas de atenção, de gestão, de participação e de formação em saúde. Pode-se cogitar, por decorrência, uma articulação entre acreditação pedagógica e educação permanente em saúde, operando-se uma “gestão formativa participativa” dos programas avaliados e gerando-se uma inteligência das práticas para o seu aperfeiçoamento e melhoria da resposta desejada pela política pública.

A avaliação institucional que vem ao alcance da regulação pedagógica das práticas colabora com a melhor execução das políticas públicas e apoia os avaliados nessa compreensão. A avaliação formativa alimenta autonomias na medida em que amplia o domínio em respeito aos saberes que se deve dispor no melhor pertencimento às políticas públicas com as quais operamos. Para que não seja autoritário e impositivo, um sistema de avaliação deve estar aberto à sua recomposição, mantida a escuta de indicadores para a sua atualização permanente.

Presente no interior da regulação de uma política pública, a avaliação institucional formativa deve considerar que repercussão pedagógica pretende. No caso do sistema de avaliação das residências em área profissional da saúde, estamos inseridos no componente normativo legal da Constituição Federal onde compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação dos trabalhadores do setor da saúde. Na medida em que se encontrem *Avaliação Institucional Formativa e Educação Permanente em Saúde*, uma estratégia de *acreditação pedagógica* pode inserir processos avaliativos educativos e buscar a regulação da oferta de programas mediante a recomposição de processos, conforme os aprendizados de sua execução e a escuta ativa dos movimentos emergentes entre seus atores, importando que se dê confiança à sociedade de que os programas formativos foram avaliados e correspondem aos padrões pedagógicos deliberados como adequados à educação das novas gerações profissionais.

Uma proposta de sistema de avaliação e acompanhamento do desempenho da educação levada a efeito pelas instituições que implementam programas de residência em área profissional da saúde deve funcionar como supervisão da qualidade da formação proporcionada, assim como uma política pública de consolidação dessa modalidade formativa inovadora. Trata-se da aceitação da necessidade de expansão das residências em área profissional da saúde, reconhecendo os riscos da falta de acompanhamento da qualidade e a necessidade de interpor um sistema de avaliação institucional que gere confiança pela sociedade, credibilidade entre seus discentes, compromisso social com a implementação do Sistema Único de Saúde e opere como acreditação pedagógica.

OS MÉTODOS AVALIATIVOS E AS QUESTÕES PROGRAMÁTICAS

São distintos os modos de composição e organização do pensamento a respeito da avaliação. Leite (2005), por exemplo, organiza diferentes modelos de avaliação, segundo os diferentes níveis de participação e de democracia que implicam, considerando para isso os grupos de referência na avaliação, os objetivos ou acordos firmados, a metodologia, os produtos, a epistemologia e o enfoque político-filosófico que adotam. Worthen, Fitzpatrick e Sanders (2004) organizam as avaliações considerando seus proponentes, a finalidade, características, usos, contribuições ao conceito de avaliação e critérios para meta-avaliação. Guba e Lincoln (1989) nos apresentam avaliações de primeira, segunda, terceira e quarta geração, segundo as introduções de novidade numa determinada linha do tempo. Para os autores, as avaliações de primeira geração (situadas no período entre 1900-1930) são aquelas que se ocupam da mensuração, iniciando com o desempenho escolar e com a produtividade; de segunda geração (período entre 1930-1950), seriam voltadas para a avaliação de programas e que se ocupam em verificar se determinado programa atinge ou não seus objetivos; terceira geração (entre 1950-1980), como as avaliações cujo objetivo é a mensuração e descrição, com a finalidade de julgar o mérito de determinado programa; de quarta geração (período que abrange 1980 em diante), como aquelas em que os parâmetros são negociados com os envolvidos e as avaliações são participativas (*stakeholders*: grupos de interesse ou grupos de implicação ou, simplesmente, implicados). Para Minayo, Assis e Souza (2005), a partir de 2000, acompanha-se o surgimento da avaliação por triangulação de métodos como a expressão de uma dinâmica de investigação e de

trabalho que integra análise de estruturas, processos e resultados, compreensão do programa em pauta, das relações envolvidas na implementação de ações e visão que os atores constroem sobre o objeto em investigação. A avaliação por triangulação de métodos é definida como processo avaliativo que combina e cruza diversos pontos de vista, sendo tarefa conjunta de profissionais de várias áreas que queiram trabalhar em cooperação, contando com a visão de variados informantes e múltiplas fontes de informação, utilizando-se de uma variedade de técnicas para a coleta de dados e confronto de acumulações.

Apesar de admitir-se que a avaliação se apresenta como um campo polissêmico e apesar de suas classificações variarem segundo objetivos, posição dos avaliadores, inclusões e exclusões de atores, cenários e fatores de interferência ou período de implantação, implementação e resultados, a literatura existente destaca a avaliação como análise e determinação de mérito, propriedade ou valor. Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação consiste em fazer julgamento sobre uma dada intervenção. Os autores, assumindo uma noção de sistema (com entradas, processos e resultados), definem que o julgamento ocorre relacionando os recursos empregados, sua organização, serviços e/ou bens produzidos, assim como os resultados obtidos. Dias Sobrinho (2003) afirma que a determinação de valor a respeito de algo é a “alma do negócio” na avaliação. E se é isso mesmo, na medida em que um processo avaliativo vai emitindo juízos de valor, vai definindo o que está bem, ou mal, vai induzindo/produzindo (por vezes inventando) “desejáveis”, não gerando somente regulação, mas normatização.

A regulação pode se apresentar como produção de normas e normalização, criação de normalidade.

Tanto Ernest House, como José Dias Sobrinho referem a avaliação de programas e/ou ações políticas, que por sua vez seguem critérios e princípios que devem (ou deveriam) ser justificados, explicitados e explicados. House (2000) afirma a importância da avaliação em atender e/ou escutar interesses de diferentes segmentos da sociedade. Dias Sobrinho (2003) destaca aspectos que considera centrais quando se trata de pensar e propor avaliações: valor, critérios, políticas sociais, escrutínios públicos, sociedade. Para o autor, a avaliação não é uma ação neutra, nem aleatória, nem uma simples descrição, opera com determinada racionalidade, segundo metodologias específicas e, por isso, deve explicar, justificar e contextualizar as opções que faz e os resultados decorrentes.

A avaliação é uma ação política não só porque emite juízos ou atribui valores ou constrói imagens, mas porque, ao fazê-lo, inventa valores, define juízos, desenha as imagens. Se de uma forma mais geral, a avaliação pode ser compreendida como o ato de “julgar o valor ou mérito de alguma coisa”, (SCRIVEN apud WORTHEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004) também pode ser atribuída uma diferenciação entre avaliação informal e formal. A primeira diz respeito aos procedimentos realizados de forma não sistemática e sem coleta formal de evidências. Já a avaliação formal é aquela realizada com base em critérios específicos e de forma sistemática. (WORTHEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004) Em uma outra esfera, a avaliação ainda pode ser entendida como interna ou externa. A primeira pode ser caracterizada como aquela

realizada por membros do programa e a segunda como aquela que é realizada por pessoas de fora da equipe.

Buscando incluir outros elementos à definição de avaliação, Fetterman (apud WORTHEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004) considera que os conceitos e técnicas de avaliação podem ser utilizados para empoderar aqueles cujos programas são avaliados. Tal empoderamento pode ser compreendido como esclarecimento que norteia a tomada de decisões relativa a determinado programa. Desta forma, inclui um sentido político ao processo de avaliar, para além do seu caráter científico.

A avaliação como forma de “ação pedagógica” pode ser considerada quer como uma “ferramenta de gestão na tomada de decisões ou alocação de recursos (...), quer como um instrumento de democratização e empoderamento da população.” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.89) Assim, de uma forma ampliada, avaliar pode ser compreendido como “análise de conformidade a um padrão já estabelecido até construções utópicas em busca de melhores práticas em um determinado contexto, que pode ser apenas técnico ou, a um só tempo, técnico e político.” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.106) Como nos afirma Dias Sobrinho (2003, p.93), para quem a avaliação – sempre e inevitavelmente – produz efeitos: “muitas são as avaliações, muitos os seus usos e efeitos”. O autor, então, ressalta: “em outras palavras, nenhuma avaliação jamais é neutra e inócua”. Uma avaliação pode destruir e extinguir um processo, como pode detectar, incentivar e fazer proliferar uma ação inventiva. Por isso, há necessidade de compor com diferentes segmentos, ampliar os espaços de conversação, ensejar a “escuta pedagógica” de questões e desenvolver a

construção coletiva da avaliação. (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009a; CECCIM; FERLA, 2009b)

A avaliação pode ser um importante dispositivo de problematização e de mudança do ensino e de acompanhamento da qualidade, instituindo uma gestão formativa “em” ou “dos” programas e serviços de saúde. Assim, o produto mais importante do processo avaliativo é o de gerar mobilização pelo aperfeiçoamento educativo ou organizar processos coletivos de qualificação e não atribuir notas, pontos ou selos (acreditação pedagógica). A avaliação inscreve-se, assim, em um processo permanente de melhoramento da qualidade por acolhimento do diferir e inovar, (LEITE, 2005) por diferenciação e invenção (CECCIM, 2005) e de fortalecimento de seu compromisso social, onde se apresentam os princípios da “democracia com força”. (BARBER, 1984) Constitui a “relação triangular” proposta por Leite, Tutikian e Holz (2000) onde pertinência social, qualidade da formação e avaliação se entrecruzam e se potencializam, o que, no fim das contas, é uma opção política, ética e estética.

ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

A acreditação pedagógica, como um processo avaliativo de caráter institucional e formativo deve ser capaz de orientar a instituição para seu autoconhecimento e o reconhecimento das suas potencialidades e desempenhos, contribuindo para construir uma rede educativa em serviço implicada com as necessidades em saúde da população e as demandas do Sistema Único de Saúde. Uma tarefa importante da acreditação pedagógica em programas de residência em área profissional da saúde

é informar e ampliar o compromisso social da instituição para com a qualidade da formação das novas gerações profissionais em busca de especialização e aperfeiçoamento para o trabalho em saúde ou que buscam trocar de área de atuação atendendo prioridades nacionais de caráter temático ou regional.

As residências em área profissional da saúde se assemelham aos mestrados profissionais que, embora possam ser específicos por categoria profissional ou proporcionar conhecimento altamente especializado, seguem por áreas de atuação e não de especialidade, reunindo trabalhadores das várias categorias profissionais da saúde ou da composição interdisciplinar do trabalho. As residências podem ser uni ou multiprofissionais, pautando-se em ambos os casos pela relevância de preenchimento dos postos de trabalho prioritários ao sistema de saúde. São áreas profissionais a Saúde da Mulher, a Saúde Mental, a Saúde do Trabalhador, a Saúde Bucal, a Saúde Ambiental, a Assistência Farmacêutica entre tantas outras organizadas no bojo das políticas de saúde, podendo haver subáreas especializadas por categorias profissionais dentro de uma diversidade de contextos do trabalho e do conhecimento técnico-científico, como a Enfermagem Obstétrica, a Farmácia Terapêutica, a Cirurgia Bucomaxilofacial e a Endodontia, por exemplo, ou mesmo a Saúde Animal para as especialidades da Medicina Veterinária, uma vez que a Medicina Veterinária alcançou inclusão no elenco da saúde para resolver um problema histórico junto aos hospitais veterinários universitários. A cada área profissional, uni ou multiprofissional, correspondem políticas de saúde tradicionais, recentes ou inovadoras que demandam quadros com experiência e formação específica. A acreditação pedagógica é uma proposta que desdobra ou

tece relações entre sistema de ensino e sistema de serviços, projetos pedagógicos e políticas públicas, gestão da educação e interações ensino-sociedade, entre outros conceitos que associam crescimento contínuo dos programas, compromisso social da formação e produção de interfaces de rede entre serviços e dos serviços com a gestão do sistema de saúde.

A acreditação pedagógica em programas de residência em área profissional da saúde se propõe a levar adiante o aperfeiçoamento da formação e o acompanhamento da qualidade educativa das instituições de ensino ou serviço, tendo em vista privilegiar o profissional que está em formação e, de outro lado, o sistema de saúde onde ele irá atuar, motivo pelo qual essa formação é oferecida. O produto mais importante da acreditação pedagógica proposta é a mobilização pelo aperfeiçoamento educacional e o engajamento em um processo de administração coletiva da qualidade e não o simples atestado de que essa ou aquela instituição é a melhor, a mais adequada ou a mais apropriada. De modo algum, a acreditação *pedagógica* pode orientar-se por ranqueamentos, selos ou notas, mas por um processo progressivo e permanente de avaliação institucional e melhoramento da qualidade da educação em serviço, fortalecendo o compromisso social dos serviços com o acolhimento, a atenção integral, a resolutividade e o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

METODOLOGIA DA ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

A realização de uma avaliação institucional pode ser utilizada como sistemática de apreciação, acompanhamento e compreensão de políticas de formação e desenvolvimento de trabalhadores. Sendo formativa, considera a inclusão e o envolvimento dos diferentes atores implicados, configurando uma instância participativa em que os protagonistas das práticas avaliadas podem assumir sistemas coletivos de autoavaliação. Um sistema de avaliação institucional formativa para tecer a metodologia da acreditação pedagógica dos programas de residência em área profissional da saúde não pode se limitar a instância pontual da avaliação *in loco*. Ele deve incluir as noções de supervisão e regulação. Uma metodologia de acreditação pedagógica deve:

- orientar o desenvolvimento da qualidade educacional e pedagógica;
- orientar o desenvolvimento dos princípios do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe e da atenção integral;
- reconhecer elementos e indicadores relacionados às potencialidades formativas locais e esforços de composição de redes intersetoriais e linhas de cuidado;
- incentivar práticas colegiadas de gestão compartilhada entre corpo docente-assistencial, residentes e gestores das ações e serviços de saúde;
- efetivar a correspondência entre área profissional da residência (área de concentração) e respectiva política programático-estratégica em saúde;
- promover a cooperação interinstitucional em rede.

A avaliação institucional formativa, sob o formato de acreditação pedagógica, permitiria processos de auditoria mais consistentes quando se fizerem necessários, a certificação de programas como adequados para a formação de residentes (autorização, reconhecimento e renovação do reconhecimento para funcionamento) e a apropriação do sistema de avaliação utilizado como referência. Leite, Tutikian e Holz (2000) caracterizam com perfeição a tecnologia metodológica da acreditação quando descrevem que a avaliação deve se reportar ao desenvolvimento da melhoria da qualidade educacional e ao desenvolvimento do compromisso social das instituições formadoras. Convém ressaltar que todo sistema de avaliação ou acreditação é um sistema eminentemente político, tanto do ponto de vista de sua concepção, das suas consequências para o ensino e da sua legitimação social quanto pelas exigências ético-profissionais para a sua assimilação pela equipe pedagógica e de administração educacional.

O componente político envolve a autoavaliação crítico-reflexiva e socialmente contextualizada, contando com a participação do corpo docente-assistencial e dos residentes. Essa autoavaliação por si só já deve gerar processos de desenvolvimento com protagonismo de todos os segmentos da instituição formadora. O componente político envolve, ainda, a avaliação externa exercida por pares que, mediante a escuta das demandas da sociedade (sistematizada em diretrizes curriculares, políticas públicas, legislação e normas, documentos orientadores, etc.) e a análise da autoavaliação examinam os desempenhos e as potencialidades. O componente técnico envolve instrumentos qualitativos e quantitativos de apuração da realidade, como a coleta de dados e registros, uso de questionários e roteiros, realização

de entrevistas e reuniões para produzir pareceres com sugestões e aquilatar indicadores (relação candidatos/vagas, nº de ingressantes/nº de concluintes, novos residentes/total de residentes, nº de preceptores/nº de residentes, evasão, bolsas, vagas ociosas, qualificação docente, títulos em acervo bibliográfico e documental, obsolescência do acervo, recursos em tecnologias de informação e comunicação eletrônica e na rede mundial de computadores, etc.).

Pelo menos três eixos envolvem a avaliação por acreditação pedagógica em programas de residência em área profissional da saúde: a orientação educacional, a orientação ao sistema de saúde e os ambientes de serviço/trabalho. Entretanto, é preciso reconhecer e considerar: contextualização, justificativa, objetivos, antecedentes, orientação conceitual, concepção didática, cenários de prática, acompanhamento dos itinerários formativos, acompanhamento de egressos, processos seletivos e projeção nos meios acadêmico e profissional.

A orientação conceitual não pode limitar-se à descrição das áreas de concentração ou de especialidade, precisa reportar a respectiva política pública, as formulações provenientes das conferências de saúde, os determinantes sociais da saúde e doença, pesquisa-formação no interesse locorregional e educação permanente em saúde. A concepção didática deve reportar saberes clínicos em conexão com a epidemiologia e as ciências sociais e humanas na saúde, uma análise crítica dos serviços deve estar contemplada junto ao estudo da organização do sistema de saúde no Brasil e a aprendizagem deve estar inscrita nos paradigmas sociointeracionistas (aprendizagem social,

comunidades de práticas, comunidades de aprendizagem, etc.). Os cenários de prática devem incluir serviços, redes, distritos, linhas de cuidado, instâncias de controle social, estruturas de gestão, integração ensino-serviço-gestão-participação. A orientação clínica deve estar baseada no trabalho em equipe, na apropriação do sistema de saúde e com capacidade de lidar com a diversidade de evidências, não apenas os parâmetros biomédicos. O ensino deve considerar o estudo autônomo e a investigação como instrumentos pedagógicos. Os cenários de prática devem colaborar para a inversão do modelo assistencial centrado no médico, nas doenças, nos procedimentos e na internação hospitalar para um modelo de integração entre promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida. Os itinerários formativos e o acompanhamento de egressos requerem núcleos docente-assistenciais estruturantes, estratégias de comunicação e interação entre pares e com os residentes e autoavaliação institucional.

Para que uma avaliação institucional formativa funcione é necessário que avaliador e avaliado estejam igualmente interessados no resultado da avaliação, comprometam-se reciprocamente, o que pode ser alcançado em sistemas de acreditação pedagógica quando o avaliado reconhece no avaliador um aliado para o desenvolvimento de sua qualificação, não se interessam por ranqueamentos e compartilham prioridades a observar, documentar e relatar. A acreditação pedagógica requer um padrão referencial onde se estipule critérios de avaliação que abarquem o dispositivo institucional, o público da formação, o processo de formação, o controle da formação, as interações ensino-sociedade, as interfaces com as políticas e os gestores de saúde, a inserção do perfil demográfico e epidemiológico,

a conversa e influência entre programa e culturas locais em saúde, além da garantia de espaço para inserir singularidades e revisar os instrumentos inscritos no padrão referencial. Por fim, em uma acreditação pedagógica, o avaliado não ganha uma nota mais alta ou mais baixa, mas a declaração de programa autorizado e reconhecido.

Um programa autorizado dispõe do reconhecimento de que responde aos padrões referenciais aprovados pela Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS) e cumpre com os requisitos de qualidade para a formação de residentes, estando comprometido com o desenvolvimento permanente dessa qualidade e seu processo de melhoria permanente. Um programa de avaliação institucional formativa, nestes termos, deveria indicar pelo menos três níveis de autorização, tendo em vista o ajuste de condutas entre proponentes e gestores da política pública de educação na saúde: plenamente autorizado, autorizado mediante supervisão ou autorizado mediante Termo de Ajuste de Conduta. Esta é uma nomenclatura ou precaução a ser construída nacionalmente, uma vez que a acreditação pedagógica não tem antecedente em programas de residência em área profissional da saúde.

ESTABELECIMENTO DE UM PROCESSO NORMATIVO DE ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA

As propostas de acreditação em sistemas avaliativos geralmente partem do princípio da adesão voluntária, ainda que estratégias de popularização e publicidade operem com a indução à adesão e cumprimento do padrão referencial

divulgado como padrão ideal (“padrão ouro”). O caráter voluntário do ingresso no sistema de acreditação não previne a imposição de termos de qualidade, ao contrário, alimenta-os, mas não é um tema a tratar no momento. Uma acreditação “pedagógica” e com caráter “normativo”, isto é, de autorização e reconhecimento de programas como legítimos para a expedição de certificados de profissionais formados pela residência em área profissional da saúde, como abordado aqui, tem suas especificidades próprias.

O processo de acreditação pedagógica, na medida em que se configura como uma política pública de avaliação institucional formativa, não se dirige apenas para as instituições voluntariamente interessadas, ele responde ao interesse público e seus resultados se referem à autorização de funcionamento, podendo a mesma ser plena, parcial ou mediante pactuação de termos. Neste sentido, uma autorização pode se confirmar ou pode ser revogada. Está em causa a proteção do interesse público a que o sistema de educação nacional deve zelar. O estabelecimento do processo de acreditação pedagógica aqui delineado envolve destinação exclusiva aos programas formativos no âmbito das residências em saúde, sem a preocupação de classificar excelências, mas ensejando um processo coletivo de construção da qualidade. Os riscos de enviar a avaliação em residências pela experiência prévia com o ensino de graduação ou com a experiência prévia da pós-graduação *stricto sensu* são grandes, uma vez que ambas já enraizaram tradição e reconhecimento nacional e internacional. É preciso que se lembre: em programas de residência em área profissional da saúde não há acumulação nacional ou internacional prévias. Um sistema de avaliação será instaurado pela primeira vez pela atual

Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS), justificando-se que seja pedagógico para avaliados e avaliadores, para os programas e para a Comissão, para a sociedade e para o governo em Educação e em Saúde.

O perfil docente dos programas de residência é um aspecto importante e deve ser avaliado nesse escopo. Para evitar a fragmentação do corpo docente em professores, preceptores, tutores e orientadores de serviço ou de pesquisa, convencionou-se chamar corpo docente-assistencial, reunião de todo tipo de agente de ensino implicado com a qualificação para as competências e habilidades do trabalho em saúde. O perfil docente necessário aos programas de residência é diferente daquele necessário aos cursos de graduação ou pós-graduação *stricto sensu* porque os alunos estão em serviço e sob a preparação de quadros para a incorporação aos serviços, não se tratando de qualificação para a obtenção do direito de exercício profissional em uma ocupação de saúde, uma vez que essa disponibilidade é critério de acesso e ingresso no programa, tampouco é preparação para a pesquisa científica ou docência acadêmica. Assim, a estrutura do programa deve estar sustentada em um diálogo permanente com os profissionais da atenção, com a rede de gestão da política de saúde e as instâncias de controle social.

Os residentes precisam desenvolver competências para a atenção integral, para o planejamento e avaliação e para a ação intersetorial, inscrevendo a clínica na qualidade de vida, donde a necessidade de um plano referencial à avaliação com inclusão de tópicos sobre as oportunidades de aprendizagem e vivências práticas (clínicas) e teórico-práticas (não apenas

clínicas), além da abordagem teórica (conceitual, de estudo autônomo e práticas investigativas). Não é o bastante considerar as estruturas burocráticas ou formais ou a simples coerência interna de objetivos, planos e avaliações. Há que se considerar que a convocação ao pensamento e a oferta de vivências criativas de reflexão e alteridade se relacionam melhor com o desenvolvimento da capacidade inventiva e problematizadora. Do ponto de vista do conhecimento, não é na estrutura formal que encontramos a qualidade, mas nas suas operações, interações, desafios e oportunidades. Convencionou-se distribuir a carga horária das residências em 80% prática e 20% teórica, mas distribuindo-se a prática em 80% prático-aplicativa (“clínica” ou gestão da clínica) e 20% teórico-prática (“vivências” no controle social, reuniões de território ou de linha de cuidado, contatos intersetoriais, ações de saúde coletiva e comunidades de práticas em ambiente virtual ou de telessaúde). Na carga horária teórica (20% da carga horária total), estão aulas, estudos individuais ou em grupo, orientação individual ou em grupos para estudos e pesquisas, conhecimento conceitual e habilidades de leitura e escrita científica.

As modalidades uniprofissional ou multiprofissional requerem estratégias educacionais práticas e teórico-práticas com garantia das ações de integração entre educação, gestão, atenção e participação social e, além de formação específica voltada às categorias profissionais ou áreas de concentração (conforme sejam uni ou multiprofissionais), os programas devem contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde

e ao Sistema Único de Saúde. A garantia das ações de integração entre educação, gestão, atenção e participação social expressam a noção de *quadrilátero da formação*, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) proposto na modelagem da Educação Permanente em Saúde, coerente com a noção de construção do conhecimento implicado com o cotidiano da saúde. O *quadrilátero da formação* coloca em articulação o ensino, a atenção, a gestão e a participação para que o exercício e a formação profissional em saúde sejam lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e de alta responsabilidade com o acolhimento, com a resolutividade e com o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas onde os conhecimentos são “empacotados e despachados por entrega rápida às mentes racionalistas dos trabalhadores e usuários”, (CECCIM; FERLA, 2009a) as ações de educação permanente em saúde desejam os corações pulsáteis dos estudantes, dos trabalhadores e dos usuários para construir um ensino e um sistema produtor de saúde (uma abrangência) e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento).

Em um sistema de avaliação institucional formativa, a acreditação pedagógica tomaria em referência elementos “estruturais”, de gestão educacional, e elementos políticos, de qualidade da formação. São elementos estruturais, de gestão educacional: infraestrutura; logística; organização formal; coordenação; coordenação pedagógica; acervo bibliográfico e de documentos; projeto pedagógico de residência; relação e perfil do corpo docente-assistencial; recursos; etc. Além

desses elementos, entende-se como documentos afins à política: inovação pedagógica; métodos pedagógicos; pertinência ao SUS; referências teóricas e metodológicas; parcerias e relações ensino-sociedade; gestão do tempo de formação; monografias dos residentes; processo de autoavaliação; resultados; etc.

ACUMULAÇÃO DE FORÇA POLÍTICA

Em 2007, os fóruns auto-organizados das residências em área profissional da saúde (de coordenadores, de residentes e de preceptores e tutores) realizaram três Encontros Nacionais (março, em São Carlos/SP, e maio e julho, em Brasília/DF). Apesar de a Lei datar de 2005, de todo o ano de 2006 ter sido marcado por eventos de pressão da sociedade civil e intensa mobilização dos atores, a Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS) ainda não havia sido instalada. Em 2007, os atores, organizados em redes de mediação com governo, realizaram três reuniões conjuntas dos fóruns, materializando-se a noção de redes de movimento social. Das mobilizações às redes de mediação (fóruns), das redes de mediação às redes de movimentos (movimento nacional de residências em saúde). Apenas em agosto de 2007, dois anos depois da lei de sua criação, é instalada a Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde.

Em outubro de 2008, ocorreu o III Seminário Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde. Com um ano de trabalho da CNRMS era possível a apresentação e debate da experiência acumulada, seus limites, desgastes e avanços. Iniciou o debate de uma nova pauta: além de critérios mínimos para

credenciamento de Programas; a criação de câmaras técnicas por área profissional (área de concentração); aprofundamento das correlações ensino, gestão, controle social e serviço de saúde; e a avaliação dos programas. Em maio de 2009 ocorrem o Encontro Nacional do Fórum de Coordenadores, o Encontro Nacional do Fórum de Preceptores e Tutores e o Seminário Nacional do Fórum de Residentes. Estes fóruns têm sido responsáveis pelo debate e pela formulação de orientações, práticas e conceitos que trazem a experiência do “trabalho vivo” e “em ato” para os cenários da formação. Em maio de 2009, como unidade dos Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes foi pactuado um marco de referência do movimento de Residências em Saúde à Avaliação Institucional. Esse marco foi expresso em tópicos, como unidade dos Fóruns:

1. Princípios e diretrizes do SUS: oferecer cenários de educação e propostas pedagógicas norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS.
2. Concepção ampliada de saúde: afirmar, nos projetos pedagógicos de residência, uma concepção de saúde que respeita as diversidades, considera o ator social como responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.
3. Mudança dos modelos de formação, de atenção e de gestão: considerar a Residência em Área Profissional da Saúde como espaço para promover mudanças nos modelos de formação, de atenção e de gestão da saúde, permeáveis à participação social.

4. Política Nacional de Educação e Desenvolvimento no SUS: estruturar a Residência em Área Profissional da Saúde com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde, buscando interface entre a inserção dos profissionais no trabalho em saúde, os processos de educação na saúde e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.
5. Abordagem pedagógica: adotar metodologias dialógicas, problematizadoras e participativas que promovam aprendizagem significativa, considerando os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e capazes de projetos/processos sociais.
6. Estratégias pedagógicas: promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, diversificando locais de trabalho e identificando núcleos de saberes e práticas comuns e específicos; garantindo a formação integral e interdisciplinar; fortalecendo a intersetorialidade; e considerando a complexidade dos sujeitos e dos distintos níveis de incorporação tecnológica.
7. Integração ensino-serviço-cidadania: fomentar parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação ensino-atenção-gestão-participação.
8. Integração de saberes e práticas: construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, trabalho e gestão na saúde.
9. Integração com diferentes níveis de formação: fomentar a integração dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde com o ensino na educação profissional, de graduação e de pós-graduação na área da saúde.
10. Descentralização com regionalização: promover a descentralização com regionalização da formação, trabalho e gestão na saúde para contemplar as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde.
11. Monitoramento e avaliação pactuados: garantir um sistema de avaliação formativa, dialógico e envolvente da participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e controle social do SUS. A avaliação deve considerar desde a conformação da Política até a execução e análise/apreciação dos resultados.

FECHAMENTO

Tratando-se a acreditação pedagógica de um sistema avaliativo institucional e de acompanhamento para o desenvolvimento e melhoria da qualidade educativa, com características de política pública, inserido na construção da gestão em saúde e ainda de caráter formativo, entende-se como necessária a sua credibilidade junto aos programas como processo capaz de avaliar e contribuir com a educação em serviço. Até o momento, a Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional (CNRMS) estipulou um documento-piloto de plano referencial à avaliação e um curso de qualificação

de avaliadores para dar experimentação ao primeiro projeto nacional de avaliação dos programas de residência.

Efetivamente a avaliação tem o papel de melhoria de políticas, práticas e decisões das instituições importantes para nós, como lembram Worthen, Fitzpatrick e Sanders (2004), mas pode ser um instrumento de protagonismo participativo tão desejável em educação na saúde. Quando a avaliação se coloca por referentes representacionais, aos quais deve corresponder, escapa-lhe a processualidade e a própria constituição dos objetos de percepção. Nossa percepção é resultado de uma genealogia dos valores, nossa capacidade interpretativa ou de pensamento se assenta sobre uma proveniência dos valores, assim o protagonismo trabalharia pela demarcação das configurações desejáveis, aceitando a emergência de “figuras” à realidade, ela mesma em produção.

O protagonismo permitiria o acolhimento das invenções em emergência, momento de contração de passado (o que já fizemos ou porque estamos aqui) e futuro (as potências de engendramento dos grupos, redes e linhas que formam). A educação na saúde para o SUS foi constituída em política pública setorial específica ao ser aprovada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2003. Nesse ano foi criado, no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Em 2013, foi criada no Ministério da Educação a Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde. Ambas estruturas de mesmo nível hierárquico, ambas ocupadas da Educação na Saúde, ambas desdobradas da primeira iniciativa de 2003, com forte lastro nos encaminhamentos que vieram se sucedendo

quanto às residências em saúde. No Ministério da Saúde, em 2013, foi criada ainda uma outra estrutura, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, à qual foi reservada a principal interlocução quanto à gestão da política de residências em saúde.

Uma sistemática de avaliação com caráter normativo ainda não tinha surgido no interior do Sistema Único de Saúde (graduação e pós-graduação *stricto sensu* são unicamente do setor educacional), ficando clara a necessidade de uma estratégia avaliativa não só para acompanhar e validar a política em curso, mas, principalmente, apoiar a construção, execução e apreciação de projetos educativos cujo interesse se volte (ou deva se voltar) ao sistema de saúde. Uma regulação a ser engendrada pela avaliação não se restringe ao controle de Estado ou de gestores, mas intercede (mobilizaria potências) pela leitura de percursos da inteligência coletiva, com destaque para a instauração de fluxos instituintes a partir de coletivos de implicação, emergindo um caráter cartográfico, proveniente das redes de programas. O que se busca é a geração de uma prática avaliativa e, neste sentido, a primeira iniciativa foi dada no ano de 2015 pela Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS).

Avaliações contemplam escolhas e opções, assim cabe lembrar as afirmações de Leite (2005, p.15), destacando que não há avaliação, por técnica e neutra que se intitule, que não incida em “pressupostos políticos e filosóficos sobre concepções de mundo”, e de Dias Sobrinho (2003, p.92) de que “a avaliação faz parte dos contextos humanos, que estão sempre inevitavelmente

mergulhados em ideologias e valores e, portanto, em jogos de interesses contraditórios e disputas de poder”. Para os autores, a avaliação tem caráter de política na medida em que “pertence ao interesse social e produz efeitos públicos de grande importância para as sociedades” (DIAS SOBRINHO, 2003, p.92), devendo “participar da montagem democrática dos processos societários”. (LEITE, 2005, p.15)

O termo *acreditação pedagógica*, uma expressão composta, nos remete ao aspecto imanente do ensino e da aprendizagem, acreditar ativamente no ensino e na aprendizagem. Acreditar, de modo pedagógico, portanto, propositivo de coletivos e em interação e compartilhamento. Acima de tudo, estamos falando da relevância de construir um sistema de avaliação para as residências e que este sistema caminhe pelas concepções de avaliação institucional educativa, fazendo-a avaliação participativa e formativa. Também estamos dizendo de um sistema de avaliação inclusivo, por autoaprendizagem e não ranqueador. Importa aprender com a própria experiência, desenvolver qualidade formativa e institucional, não a emissão de posições em relação a outros semelhantes, mas contínuas posições em relação a si mesmo.

REFERÊNCIAS

BARBER, B. **Strong democracy**: participatory politics for a new age. Berkeley; Los Angeles; London : University of California Press, 1984.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-56, 2009b.

_____. Educação permanente em saúde. In: BRASIL, I.P.; FRANÇA LIMA, J.C. (Eds.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a. p.107-12.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Orgs.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática de implementação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação**: políticas educacionais e reformas da educação superior. São Paulo: Cortez, 2003.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publication, 1989.

HOUSE, E.R. **Evaluación, ética y poder**. Madrid: Morata, 2000.

LEITE, D. **Reformas universitárias:** avaliação institucional participativa. Petrópolis: Vozes, 2005.

LEITE, D.; TUTIKIAN, J.; HOLZ, N. (Orgs.). **Avaliação & compromisso:** construção e prática da avaliação institucional em uma universidade pública. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS, 2000.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WORTHEN, B.; FITZPATRICK, J.; SANDERS, J. **Avaliação de programas:** concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.