

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ESPECIALIZAÇÃO EM INOVAÇÃO E TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO

**APRENDENDO A ENSINAR DESOSPITALIZAÇÃO: narrativas sobre experiências
educativas de um campo de estágio transdisciplinar de um hospital geral**

Luciano Teixeira Rocha

Área Temática: Acesso, equidade e ética

Rio de Janeiro

05 de janeiro de 2021

1 PROBLEMA DE PESQUISA

Em minha dissertação de mestrado afirmei que o mundo no qual nós co-habitamos estava em meio a transições das mais diversas ordens e setores - demografia, adoecimento e morte, tecnologia, política, economia, saúde etc. Trouxe à baila, ainda na introdução do estudo, questões que me permitiram concluir que somos uma população mundial envelhecida, vivendo por mais tempo com doenças crônicas que ainda não conseguimos curar. Uma população mundial vivendo doente em meio a uma crise financeira generalizada. Crise que afeta diretamente a saúde das populações e também os sistemas da saúde pública mundiais (ROCHA, 2016). Também conclui que muitas estratégias sanitárias estariam sendo postas em prática pelo pessoal da saúde pública e privada, uma delas, a Desospitalização, foi o meu objeto de pesquisa. Tentava responder à pergunta: “Como fazer Desospitalização em hospital geral?” Felizmente não encontrei respostas prontas e certas, e sim sugestões de possíveis caminhos norteadores da prática profissional (ROCHA, 2016), o que nos levanta uma delicada questão - estariam hábeis os trabalhadores da saúde formados pelas tradicionais instituições educacionais para trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) e lidar com os desafios da atualidade?

2 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A partir da publicação da Política Nacional de Atenção Hospitalar¹ (PNHOSP) que em seu Artigo 16 instituiu para todos os hospitais prestadores de serviços ao SUS a

¹ A PNHOSP foi instituída através da Portaria MS/GM nº 3.390 em 30 de dezembro de 2013 estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O seu Art. 16 aponta quais são os mecanismos necessários para que seja garantida aos pacientes uma Alta Hospitalar Responsável. São eles: a) orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; b) articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; c) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acessado em 05/01/2021.

obrigatoriedade da garantia de uma “Alta Hospitalar Responsável” através de mecanismos de Desospitalização, ensiná-la a todo pessoal da saúde tornou-se um desafio que precisará ser urgentemente enfrentado pelos e nos contextos dos serviços de saúde, haja vista que em nenhum dos atuais processos de formação dos profissionais de saúde vigentes tal conteúdo de aprendizagem é abordado, nem como uma diretriz curricular, tampouco como uma disciplina, menos ainda como uma das atividades práticas nos campos de estágio obrigatórios. Fato, que segundo Colta *et al.* (2007), é consequência direta da desarticulação existente no Brasil entre suas políticas de educação e de saúde e das práticas desenvolvidas nos poucos espaços de produção de conhecimento onde esse campos timidamente se intersecciona, práticas baseadas exclusivamente nos referenciais teóricos cujo enfoque se encontra historicamente centrado na Biomedicina e em seus ultrapassados conceitos cientificistas - doença-centrado; médico-centrado; medicamento-centrado; hospital-centrado; curativo-centrado - formatando profissionais alheios aos problemas do sistema de saúde vigente e incapazes de atender às necessidades e às demandas da população que utiliza o SUS, apesar das

“Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde afirmarem que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006, p. 443).

O SUS vem desde o ano de 1996 investindo em programas e projetos de capacitação permanente do seu pessoal na tentativa de suplantando o *gap* existente entre as teorias ensinadas nos cursos de formação profissional e as práticas vivenciadas no cotidiano do trabalho. E em 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde² (PNEPS), um grande e importante movimento para a

² A PNEPS foi instituída pela Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acessado em 05/01/2021. Para melhor entendimento sobre os princípios da PNEPS sugiro a leitura do documento “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” publicada pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Saúde em 2009. Disponível em

educação na área da saúde no Brasil pois reconhece a importância do potencial educativo que os processos de trabalho desempenham para o desenvolvimento das capacidades, habilidades e atitudes necessárias para a melhoria da qualidade do cuidado, da capacidade de comunicação e do compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Diante do exposto acima é certo que fiquemos curiosos em pesquisar sobre como se dão as práticas de educação permanente de um hospital geral que são responsáveis pelos processos de ensino-aprendizagem sobre Desospitalização. No Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), instituição localizada na Cidade do Rio de Janeiro, é da responsabilidade da Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES) promover a Educação em Saúde voltada à melhoria dos processos de Desospitalização desenvolvidos no hospital (HFB, 2017). Desde 2015 a EADES vem desenvolvendo ações educativas de diversos formatos atendendo às especificidades de cada grupo, de cada local de trabalho. O presente artigo pretende trazer à baila de forma narrativa-descritiva algumas das experiências educativas vivenciadas por mim nesses últimos 5 anos enquanto um dos enfermeiros da EADES pela perspectiva de algumas teorias contemporâneas do campo da Educação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como um serviço de Educação em Saúde promove atividades de ensino-aprendizagem sobre Desospitalização em um hospital geral.

3.2 Objetivos específicos

Descrever como se constitui o sistema educacional do hospital geral que serviu como campo da pesquisa.

Descrever as práticas educativas desenvolvidas pela EADES à guisa de algumas teorias da educação contemporânea de adultos.

Descrever os procedimentos voltados à promoção da educação em saúde que foram realizados pela EADES durante o enfrentamento da pandemia de covid.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da breve exposição contextual acima descrita, é possível inferirmos, grosso modo, que o objeto dessa pesquisa refere-se a um sistema educacional cuja responsabilidade é a de educar adultos com vistas ao desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das práticas relacionadas aos processos de Desospitalização que acontecem no âmbito hospitalar durante os períodos de internação. Ou seja, estamos tratando dos processos de desenvolvimento de competências no mundo corporativo, onde o conhecimento gerencial e a capacidade de aprendizagem, à luz da Teoria da Competição Baseada em Competências, se tornam protagonistas na efetivação das mudanças estratégicas das organizações, equilibrando, de um lado, a dinâmica e a complexidade do mundo real e de outro, as capacidades cognitivas limitadas do homem diante do mundo (CARBONE *et al.*, 2005). Entretanto, por mais que a Teoria da Competição Baseada em Competências coloque em destaque os papéis da aprendizagem e do conhecimento, ela não explica como a aprendizagem corporativa ocorre ou como o conhecimento coletivo é criado e gerenciado.

Freitas e Brandão (2006) apontam a utilização da noção de trilhas de aprendizagem como uma alternativa para o desenvolvimento de competências, visto parecerem melhor ajustadas à lógica de gestão por competências, modelo gerencial alternativo que se baseia

no pressuposto de que o domínio de certos recursos é determinante do desempenho superior de pessoas e

organizações, esse modelo propõe-se a integrar e orientar esforços, sobretudo os relacionados à gestão de pessoas, visando desenvolver e sustentar competências consideradas fundamentais à consecução dos objetivos organizacionais (FREITAS; BRANDÃO, 2006, p. 1).

Bem diferente do modelo gerencial que estamos acostumados a encontrar na maioria dos hospitais prestadores de serviços ao SUS que ainda continuam funcionando sob os fracassados pilares dos antigos e ineficientes sistemas fragmentados de saúde³; modelo gerencial que faz com que as áreas e os setores que são responsáveis pelas ações de aprimoramento e desenvolvimento do seu pessoal continuem utilizando os tradicionais métodos de ensino, cujo conteúdo de aprendizado é oferecido em grades de treinamento fixas e rígidas, das quais os empregados são obrigatoriamente submetidos a participar e passivamente assimilar, memorizar e replicar o conhecimento transmitido pelo educador, desconsiderando por completo o ritmo e o estilo de aprendizagem de cada um, seus assuntos preferidos, suas aspirações profissionais e suas experiências de vida (MIZUKAMI, 2016).

Sabemos que o aprendizado é um processo que se diferencia ao longo e por toda a vida, muito por causa da aceleração do conhecimento científico e tecnológico que nos obriga a aprender para sobreviver no mercado de trabalho e ultimamente, também, como estratégia de sobrevivência em meio ao súbito isolamento social ao qual estamos subjugados. Estamos sempre aprendendo, mas cada um à sua maneira e ao seu tempo. Somos adultos e precisamos ter nossa natureza e contextos reconhecidos e considerados, do contrário não se concretizam quaisquer processos de aprendizado.

O adulto é um ser maduro, autônomo, automotivado. É um participante ativo da vida social e profissional. E é também

³ Para o entendimento da diferença entre o sistema de saúde fragmentado e o sistema de saúde em redes sugiro a leitura do documento “As redes de atenção à saúde” de autoria de Eugênio Vilaça Mendes publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde em 201. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acessado em 05/01/2021.

portador de um conjunto de experiências pessoais, profissionais e de aprendizagem que o tornam capaz de tomar decisões sobre seu aprendizado (FILATRO, 2014a, p. 15).

Filatro (2009) nos chama atenção sobre o trabalho de recuperação das principais teorias da andragogia e da heutagogia feito pela professora Maria Elizabeth Bianconcini de Almeida o qual destaca ser a experiência a principal característica da aprendizagem de adultos.

A fonte de maior valor na educação do adulto é a experiência do aprendiz (...) A experiência é o livro vivo do aprendiz adulto (...) A educação do adulto terá experiências muito distintas das experiências das crianças e a autonomia do adulto em seu processo de aprendizagem adquire contornos muito diferentes, embora seja necessário criar situações de aprendizagem que favoreçam o desenvolvimento da autonomia nas crianças (FILATRO, 2009, p.3).

O que é reforçado por Cauduro (2018), quando destaca que, para o educador americano Malcolm Knowles, é o autodirecionamento uma característica bastante significativa do processo de aprendizagem desse público; é muito mais fácil e prazeroso para um adulto formar novas estruturas cognitivas quando a busca pelo conhecimento partiu de sua própria iniciativa. Além disso, o adulto segue acumulando cada vez mais experiências, que compõem um importante banco de recursos para o desenvolvimento da sua aprendizagem. Por essas razões, a educação de adultos demanda uma filosofia, conceitos e métodos específicos que valorizam a autonomia do aprendiz.

É preciso que os objetivos educacionais e os métodos de aprendizagem sejam definidos de forma contratual⁴ entre o educador, que assume a figura rogeriana do

⁴ Cauduro (2018, p. 47) em sua tese de doutoramento apresentou os 8 passos que devemos seguir para a consecução de um contrato de aprendizagem segundo Malcolm Knowles. São eles: “1) diagnósticos das necessidades de aprendizagem; 2) especificação dos objetivos de aprendizagem; 3) especificação dos recursos e estratégias de aprendizagem; 4) especificação das

“facilitador” e o aprendiz - um adulto cheio de necessidades e expectativas (SOMERA; SOMERA-JÚNIOR; RONDINA, 2010).

Embora a andragogia⁵ tenha inicialmente buscado sua identidade desvinculando-se da pedagogia, ao adotarmos uma visão mais ampla das abordagens pedagógicas, encontramos pontos comuns entre a andragogia centrada no aprendiz e correntes pedagógicas mais contextualizadas, a ponto de alguns a identificarem como a “melhor pedagogia” (FILATRO, 2009, p.2). O mesmo que defende Kenski (2008) ao tratar da educação à distância nas corporações afirmando que a andragogia incorpora vários princípios de diferentes correntes teóricas da pedagogia, que resumidamente, a partir de Filatro (2009), destaco a seguir:

Pela perspectiva da Teoria da Aprendizagem Autodirecionada de Malcolm Knowles, os alunos adultos aprendem com mais motivação se e somente se: a) souberem por que estão tendo que aprender e quais seriam os benefícios resultantes desse aprendizado; b) poderem decidir sobre o que e como aprender e utilizar os seus conhecimentos prévios durante a resolução das atividades práticas e c) conseguirem aplicar imediatamente o conhecimento adquirido na solução dos seus problemas e no desempenho dos seus papéis na sociedade.

A Teoria da Aprendizagem Centrada no Aluno desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers durante a década de 1950 que considera que cada ser humano é único e que está em contínuo fenômeno de descoberta cujos pressupostos são: a) que ninguém ensina ninguém; b) que as pessoas só aprendem quando isso melhora a estrutura do seu *self*; c) que o melhor sistema educacional é aquele que elimina qualquer ameaça ao aprendiz, o professor atua como facilitador e as relações pedagógicas se baseiam no respeito e na liberdade.

A Teoria da Pedagogia Crítica do nosso Paulo Freire que reconhece o homem como um sujeito concreto situado dentro de um contexto socioeconômico-político-cultural em um tempo e espaço determinados e que seu processo de aprendizado

evidências de realização; 5) especificação de como as provas serão validadas; 6) revisão do contrato com consultores; 7) execução do contrato e; 8) avaliação da aprendizagem”.

⁵ A andragogia, termo cunhado por Alexander Kapp em 1833 e que nos anos seguintes circulou pelos países europeus até se incorporar definitivamente à teoria instrucional americana através de Malcolm Knowles nos anos 1970, se configura como uma teoria que considera a natureza e as condições específicas do aprendiz adulto.

passa obrigatoriamente por 3 etapas distintas: a) uma busca de temas e palavras mais significativos ao universo do aprendiz; b) um momento de tomada de consciência desse universo a partir da análise dos temas e palavras escolhidos; c) um momento de problematização da vida e de crítica do mundo.

E a Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb que defende que a aprendizagem é um processo holístico de solução de conflitos entre modos dialeticamente opostos de adaptação ao mundo a partir da experiência.

Pois bem, não é porque mesmo podendo encontrar achados científicos pertinentes à educação de adultos desde os primeiros passos do “aprender fazendo” de Dewey, passando pelo modelo de “aprendizagem experiencial” de Kolb até chegarmos às “teorias de aprendizagem” de DeAquino que enxergamos a andragogia como uma grande panaceia. Muito pelo contrário, queremos concordar com Filatro (2014a) que a andragogia é um sistema de ideias que se presta a explicar como as pessoas aprendem em uma fase diferenciada da vida e que seu guarda-chuva teórico nos leva a constatar que cada adulto têm uma forma muito particular de aprender. Particularidades essas que são raramente exploradas em sua plenitude nos ambientes educacionais. Fato que poderia ser explicado pelos altos custos e prazos maiores que o planejamento de estratégias educativas mais andragógicas e personalizadas implicam. Mas também pela recorrente dificuldade que a maioria dos educadores têm de descolar as propostas educacionais de seus próprios estilos ou de suas referências educacionais passadas e as instituições de ensino de reconhecerem que as preferências individuais mudam porque mudam os fatores culturais.

O ideal, ainda segundo Filatro (2014a) seria que os educadores tomassem conhecimento sobre os estilos de aprendizagem de cada adulto-aprendiz sempre que fossem desenhar um curso ou organizar as suas atividades educativas. Um dos instrumentos práticos disponíveis para nos inspirar ao planejamento e desenho instrucional sob a perspectiva andragógica é o ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb que considera que a aprendizagem é o processo pelo qual o conhecimento é construído pela transformação da experiência que difere de pessoa para pessoa. Segundo o inventário de estilos de aprendizagem de Kolb/Honey-Alonso, as pessoas que têm o estilo de aprendizagem que eles classificaram como de estilo acomodador

aprendem principalmente a partir da experiência prática, como os trabalhos de campo e os *roleplayings*. Aquelas cujo estilo de aprendizagem eles classificaram como divergente encaram as situações concretas de diferentes pontos de vista e por apreciarem a geração de ideias, tem interesse em exercícios de *brainstorming* e em trabalhos em grupo. Enquanto as de estilo convergente que buscam aplicações práticas para as ideias são mais afeitas aos exercícios de simulação que as permitem aplicar claramente no mundo real tudo aquilo que está sendo ensinado. Que é diferente daquelas que se enquadram no estilo assimilador de aprendizagem que gostam de reunir fatos e organizá-los de forma lógica de forma lógica e integrada e para isso preferem as atividades que incluem leituras, palestras e exploração de modelos analíticos.

A partir dessas considerações teóricas, é possível concluirmos que atender às diferenças individuais apresentadas pelos alunos adultos requer uma diversificação na forma de apresentar conteúdos e propor atividades. No mundo ideal, seria necessário contemplar diferentes mídias para apresentar conteúdos e selecionar diferentes estratégias para propor atividades de aprendizagem. Mas ainda precisamos pensar de que maneiras isso pode ser concretizado em situações didáticas reais e contextos institucionais relativamente conservadores.

As metodologias ativas constituem alternativas pedagógicas que colocam o foco do processo de ensino e de aprendizagem no aprendiz, envolvendo-o na aprendizagem por descoberta, por investigação ou resolução de problemas. Segundo Moran (2020a) as metodologias ativas não são um tema novo. Desde

Dewey (1897), Vygotsky (1925), Ausubel (1968), Piaget (1970), Rogers (1973), Freinet (1975), Bruner (1978), Freire (1996), - entre tantos outros e com ênfases distintas - têm mostrado como cada pessoa (criança e adulto) aprende de forma ativa e diferente, a partir do contexto em que ela se encontra, do que lhe é significativo, relevante e próximo ao nível de desenvolvimento e competências que possui (MORAN, 2020a, p. 2).

As metodologias ativas,

procuram criar situações de aprendizagem nas quais os aprendizes possam fazer coisas, pensar e conceituar o que fazem, construir conhecimentos sobre os conteúdos envolvidos nas atividades que realizam, bem como desenvolver a capacidade crítica, refletir sobre as práticas que realizam, fornecer e receber *feedback*, aprender a interagir com colegas e professor, e explorar atitudes e valores pessoais (MORAN, 2020a, p. 1).

Por darem ênfase ao protagonismo do aluno envolvendo-o diretamente em todas as etapas do processo de ensino-aprendizagem, desde a definição do conteúdo educativo, passando pelo desenho das atividades de aprendizagem, até os processos de avaliação, as metodologias ativas provocam uma inversão nos obsoletos métodos tradicionais de ensino que ainda são hegemonicamente utilizados nas práticas educativas voltadas ao aprimoramento dos profissionais de saúde. Segundo Abreu (2009) é preciso que invertamos a (a)lógica [grifo meu] de primeiro apresentarmos a teoria e dela partirmos para as práticas; é preciso que apliquemos os princípios da PNEPS que defende a construção de projetos de educação em saúde à partir das demandas de aprendizagem que surgem nos serviços e que são demandadas pelos profissionais em atuação. Precisamos assumir a perspectiva andragógica como a principal premissa orientadora das ações educacionais promovidas pelas e nas instituições de saúde; não apenas nós educadores, mas todos os envolvidos. Um grande desafio.

5 METODOLOGIA

5.1 Modalidade de pesquisa

De acordo com Fontelles *et al.* (2009), o presente estudo é uma pesquisa cuja finalidade é básica, de natureza observacional e abordagem qualitativa. É uma

pesquisa de campo desenvolvida de forma longitudinal e retrospectiva com o objetivo de explicar os fenômenos, os processos e os fatos relacionados às experiências de educação em saúde vivenciadas pelos profissionais da EADES.

5.2 Atividades relacionadas à coleta e ao tratamento de dados

Por tratar-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que busca traçar um panorama de uma determinada realidade - as ações educativas realizadas por uma equipe dentro de um hospital geral - precisei me utilizar de técnicas da pesquisa participante e da pesquisa etnográfica para conseguir identificar e descrever o comportamento e o conjunto de entendimento e de conhecimento específico compartilhado entre os profissionais da EADES enquanto sujeitos educadores.

Entretanto, devido à pandemia de covid-19 e de suas consequências - o HFB teve sua estrutura remodelada a fim de se tornar uma unidade de saúde referência para o tratamento dos casos graves de todo o Estado do Rio de Janeiro, mais de cerca de 60% dos seus funcionários precisaram se afastar do trabalho por serem ou por coabitarem com pessoas dos grupos de risco para a doença - não foi possível dar entrada com o projeto de pesquisa no Comitê de Ética de Pesquisa do hospital. Sem a autorização do CEP me vi obrigado a adotar algumas estratégias para que eu pudesse substituir os procedimentos de coleta de dados inicialmente planejados - observações de campo e entrevistas em profundidade com os sujeitos.

Apoiando-me na reflexão de Lévi-Strauss (1996) sobre o papel do pesquisador que considera ser seu “pensamento ele próprio um objeto” me coloquei na posição do informante privilegiado e usei a minha memória e minhas lembranças como sendo a fonte e os documentos analisados. Com as memórias e lembranças foi possível identificar como o campo de atuação da EADES e o objeto da pesquisa foram sendo constituídos. Deixo logo claro que não pretendi fazer uma “antropologia do umbigo”⁶, apenas dar voz a sujeitos e a grupos sociais integrantes dos processos de educação e

⁶ Expressão usada pela Doutora Waleska de Araújo Aureliano durante conversa informal sobre minha dissertação.

educação em saúde que aconteceram dentro do hospital durante minha estada no campo.

Se todo sujeito é ator e autor da sua trajetória e ao mesmo tempo é produto e produtor da sua sociedade, suas experiências de vida ao serem narradas acabam fazendo parte de uma contingência criativa que também é capaz de produzir conhecimentos que transbordam os limites acadêmicos. Isso posto, optei por fazer minha narrativa assumindo minha identidade, ou na primeira pessoa do singular quando falo exclusivamente de mim, ou na primeira pessoa do plural quando falo dos profissionais da EADES. Até porque hoje, segundo Carvalho (2013), é preciso que ultrapassemos as velhas ideias de uma ciência asséptica, neutra e impessoal a fim de produzirmos um conhecimento cada vez mais híbrido e ousado.

6 RESULTADOS

Um hospital que ensina

Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) que esteve subordinado ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC) desde sua inauguração em 1948 até a década de 1960 teve seus serviços de ambulatório e de emergência clínica inaugurados somente quando então foi integrado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) instituto que à época era responsável pela saúde e pela arrecadação e o pagamento dos aposentados. No período - final da década de 1970 até 1989 - em que o HFB esteve sob a gestão sob a gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) iniciaram-se os estudos de viabilização de implantação do Serviço de Transplante Renal e da Clínica de Cirurgia Cardíaca, serviços esses, que junto a tantos outros⁷ que foram sendo implementados a partir dos anos 2000 quando

⁷ Cirurgia Torácica, Cirurgia Reconstructiva dos Membros, Microcirurgia, Oncologia, Clínica Médica B, Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Farmácia, Hemoterapia (Banco de Sangue), Central de Esterilização, Maternidade e Unidade de Transplante Renal, Cirurgia Hepatobiliar (transplante de fígado), Psicologia, Fisioterapia, Ambulatório de Genética Clínica, Cirurgia de

a instituição já pertencia ao SUS, contribuíram para que o hospital se tornasse uma das referências nacionais de instituição pública de nível quaternário especializada em cirurgias de alta complexidade, em gestação de alto risco e em oncologia.

Considerado o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos mensais⁸, o HFB é um complexo hospitalar com mais de 42.242 m² de área construída localizado à beira da Avenida Brasil, principal via de ligação entre as cidades da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e sua capital. Contando com uma equipe de mais de 5 mil funcionários de grande capacidade técnica, o hospital foca na implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), dos Protocolos Nacionais de Qualidade e Segurança do Paciente e das Ações de Educação em Saúde direcionadas aos processos de Desospitalização.

Mesmo não sendo reconhecido pelo Ministério da Educação como um hospital de ensino e tampouco como uma escola de governo, o HFB é uma instituição de saúde que sempre esteve comprometida com a educação e vem a cada dia investindo na formação, capacitação e aprimoramento dos profissionais e dos futuros profissionais de saúde que atuam dentro da sua estrutura, sendo eles funcionários ou pesquisadores, estudantes graduandos ou especializando. Tem como Visão:

Ser reconhecido nacional e internacionalmente pela excelência assistencial e organizacional, pela humanização do cuidado ao paciente, pela elevada capacidade técnica e valorização de seus profissionais, por ser um centro de ensino e pesquisa e pela garantia de acesso público e democrático aos seus serviços (HFB RELATÓRIO DE GESTÃO, 2017).

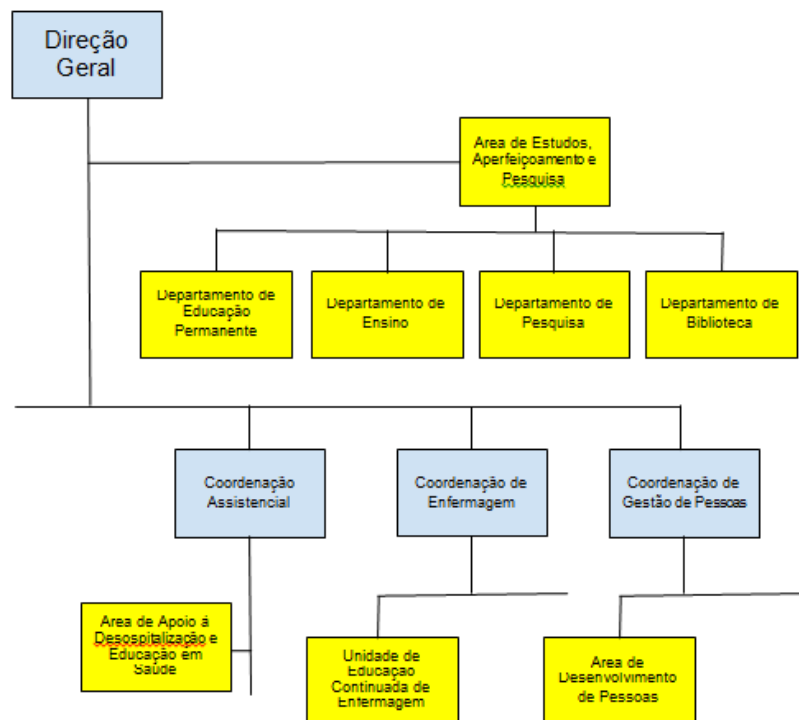
E teve estabelecido pela PORTARIA GM/MS Nº 3.965, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2010 em seu Artigo 349, Incisos III e IV as seguintes competências: “promover treinamento, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos; e fomentar estudos e pesquisas, visando à ampliação de conhecimentos e à produção científica”, o que nos

cabeça e pescoço, Cirurgia geral, Cardiologia, Neurocirurgia, Urologia, Oftalmologia. Disponível em <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/>. Acesso em 05/01/2021.

⁸ Cerca de 15 mil consultas ambulatoriais, 1.300 internações, 1.200 atendimentos de emergência, 120 mil exames laboratoriais e 5 mil exames de imagem. Disponível em <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/>. Acesso em 05/01/2021.

leva a reconhecê-lo como uma instituição que ensina. Todas as ações de ensino-aprendizagem das mais diversas ordens que são promovidas pelo e no hospital estão sob a responsabilidade de diferentes áreas distribuídas pela instituição cuja finalidade principal é educacional como podemos observar na figura abaixo.

Figura 1 - Localização das áreas e unidades responsáveis pelos processos educacionais do Hospital Federal de Bonsucesso.



Fonte: o autor, adaptado do organograma oficial do HFB (2019).

Como vemos, ligada diretamente à Direção Geral se encontra a Área de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa constituída pelo Departamento de Educação Permanente, pelo Departamento de Ensino, pelo Departamento de Pesquisa e pelo Departamento de Biblioteca, é nesse espaço que se desenvolvem as atividades do Comitê de Ética em Pesquisa e das Coordenações de Residência Médica e de Enfermagem. A figura 1 também nos mostra que das 5 coordenações que compõem o segundo nível hierárquico do hospital apenas 3 possuem em sua constituição áreas e unidades que desenvolvem serviços destinados exclusivamente à educação. Na

Coordenação de Enfermagem a Unidade de Educação Continuada de Enfermagem tem com uma das suas responsabilidades apoiar os profissionais da categoria na elaboração, na revisão e na validação dos seus Protocolos Operacionais Padrão (POP), bem como promover todos os treinamentos que se façam necessários à implementação dos mesmos. Na Coordenação de Gestão de Pessoas fica a cargo da Área de Desenvolvimento de Pessoas o desenvolvimento e a execução de projetos, programas e ações voltados para a capacitação e a valorização do profissional em concordância às diretrizes da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas (PNDP)⁹ além da gestão dos programas de estágio supervisionado de níveis médio e superior. Na Coordenação Assistencial, a Área de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde, última área daquelas cujas ações são voltadas prioritariamente para a educação a ser instituída no HFB, é aquela que traz no bojo dos seus compromissos educacionais algumas especificidades que contribuem para que o escopo e o alcance do ensino promovido pelo HFB sejam ampliado: cabe à ARADES apoiar não mais apenas os profissionais ou futuros profissionais da saúde que circulam pelo hospital mas também os pacientes, seus familiares e seus cuidadores a desenvolverem todas as competências necessárias à gestão dos seus processos de Desospitalização e de Educação em Saúde¹⁰.

Do nada à EADES

⁹ A Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas (PNDP) foi instituída pelo Decreto nº 9.991, de 28 de agosto de 2019, que regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112/1990, quanto a licenças e afastamentos, com o objetivo de estabelecer uma cultura de planejamento de ações de desenvolvimento entre todos os órgãos da Administração Pública Federal, com base no alinhamento das necessidades de cada órgão. O decreto estabelece alterações quanto a regras de concessão de licenças e afastamentos para servidores. Além disso, determina novas orientações aos gestores para elaboração de ações de desenvolvimento. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9991.htm. Acesso em 05/01/2021.

¹⁰ Isso posto, podemos perceber que o público destinatário das ações educativas promovidas pelo HFB é amplamente diversificado, incluindo desde estudantes de nível médio até estudantes de pós graduação, profissionais atuantes na gestão, na administração e na assistência, funcionários do hospital, pesquisadores de outras instituições, e ainda, os próprios pacientes, seus cuidadores e familiares.

As primeiras ações de desospitalização realizadas exclusivamente por uma equipe específica do HFB começaram a ser oferecidas na modalidade de Atenção Domiciliar em 2006, fruto do Termo de Cooperação 01/2006 estabelecido entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que implantou o Programa Piloto de Atenção Domiciliar no referido município cujo objetivo era o de promover a Atenção Domiciliar em consonância com a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) RDC nº11 de 26 de janeiro de 2006 (ANVISA, 2006). Paradoxalmente, quando a Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, essa modalidade deixou de ser oferecida pelo HFB, pois a oferta desse mecanismo de desospitalização passou a ser de exclusividade das unidades de saúde cujas mantenedoras fossem as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), ou do Distrito Federal (DF) (BRASIL, 2011). Diante desse fato, foi constituída a Equipe de EADES responsável pela pesquisa, pelo planejamento, pela implantação, pelo desenvolvimento e pela avaliação de novas modalidades de ações de desospitalização no âmbito do HFB.

A EADES do HFB é uma equipe multidisciplinar que trabalha desde o ano de 2011 apoiando todos(as) os(as) “usuários(as) cuidadore(a)s” (profissionais, gestores, pacientes, familiares e comunicantes) do Hospital Federal de Bonsucesso na gestão dos processos de Desospitalização e de Educação em Saúde, adotando as medidas cabíveis. Instituída como Comissão de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde pela Portaria nº 468 em 30 de novembro de 2017, publicada nas páginas nº 42 e 43 do Boletim de Serviço nº 47 de 20 de novembro de 2017 e retificada na página nº 36 do Boletim de Serviço nº 28 de 28 de maio de 2018 sob sua competência as seguintes atribuições:

- “1. gestar e gerir os projetos e os processos de Desospitalização e de Educação em Saúde pré-hospitalar, trans-hospitalar e extra-hospitalar do Hospital Federal de Bonsucesso;
2. dar suporte técnico-científico aos profissionais do Ministério da Saúde, prioritariamente aos do Hospital Federal de Bonsucesso visando o aprimoramento das

suas competências e habilidades para as ações de desospitalização e de educação em saúde;

3. assistir com qualidade o(a)s usuário(a)s cuidadore(a)s do Hospital Federal de Bonsucesso visando reduzir o período de internação, os eventos de reinternação e os riscos relacionados à assistência à saúde;

4. desenvolver o projeto da Área de Desospitalização e Educação em Saúde do Hospital Federal de Bonsucesso (ARADES) e suas Unidades, composto por normativas internas, programas, manuais, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP) fomentando diretrizes e orientações para uma assistência qualificada e efetiva voltada à Desospitalização e à Educação em Saúde;

5. promover a Educação em Saúde voltada aos processos de Desospitalização através das ações de: mudança institucional, intervenção comportamental, implantação de serviços, pesquisa e produção de conhecimento, preceptoria e formação profissional, “conversas fiadas¹¹” programadas e espontâneas, entre outras;

6. contribuir para a identificação, o estabelecimento e o desenvolvimento do trabalho conjunto e corresponsável dos atores nas redes de atenção à saúde primárias, secundárias e terciárias como forma de garantir a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a continuidade dos cuidados de saúde;

7. potencializar o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que eles atendam as necessidades de saúde da população e contribuir

¹¹ “Conversas fiadas” é uma expressão nativa da EADES que significa que nossas conversas têm um fio condutor, ou seja, independentemente de serem realizadas de maneira informal elas não são papo furado.

para o incentivo à gestão social da saúde e para o fortalecimento do SUS” (HFB, 2017).

A EADES atua nos processos finalísticos de gestão, administrativos, assistenciais, de ensino e pesquisa e de controle social do HFB desenvolvendo suas atividades de Desospitalização e de Educação em Saúde de forma transversal e matricial. O programa desenvolvido pela EADES é composto por 3 macroprocessos - “Captação”, “Redes de Atenção à Saúde – RAS” e “Cuidados” - que se apoiam em 12 categorias de ações de Educação em Saúde. A aplicabilidade dessas ações demandam estratégias educacionais que configuram o profissional de saúde como educador, entendido também como agente mediador/transformador das concepções sobre desospitalizar. Esse olhar educador precisará estar voltado para as metodologias ativas/participativas e deve priorizar estratégias que valorizem a participação efetiva dos pacientes e sua rede de apoio familiar contribuindo para a formação de um grupo crítico, ativo e transformador, possibilitando a construção de conhecimentos e melhorando as competências cuidadoras de todos, garantindo a eficácia e a continuidade do cuidado no ambiente extra hospitalar.

O “Encontro Familiar Programado”

O macroprocesso “Captação” é composto de 6 subprocessos e tem como objetivo principal a realização do “Encontro Familiar Programado” (EFP) na sala da equipe EADES. Esse é o momento em que as famílias dos pacientes passam definitivamente a fazer parte do programa de desospitalização do HFB. Durante o EFP, as famílias são convidadas a participar junto aos profissionais da EADES de uma roda de conversa - ferramenta implementada nos serviços de saúde pela PNH - permitindo aos primeiros ampliarem sua corresponsabilização no cuidado de si e esses a esses reinventarem seus processos de trabalho e esses produzam novas formas de cuidar (BRASIL, 2013). Ao redor de uma mesa com os profissionais da EADES os assuntos orbitam em torno dos processos de desospitalização que precisarão ser realizados pelos familiares dos pacientes internados, para que a eles sejam garantidos uma alta

hospitalar responsável, um domicílio pós-alta terapêutico, um cuidado domiciliar seguro e uma rede de atenção à saúde efetiva.

O EFP é um momento onde os profissionais da EADES realizam junto aos familiares presentes um inventário diagnóstico, com vistas a identificar o que eles sabem e o que precisam aprender sobre tudo o que está acontecendo e o que poderá acontecer com os seus parentes internados, consanguíneos ou não, durante o período da internação, o período da externação e o período da domicialização após a sua saída do hospital.

Existe um roteiro de entrevista pré estruturado e aberto que serve de guia para os profissionais da EADES não esquecerem de nenhum dos domínios de conhecimento que precisam ser abordados e investigados junto aos familiares presentes, entretanto, como todo o processo de investigação e diagnóstico acontece a partir da centralidade do histórico de vida de cada família - valores, crenças, experiências. Esse roteiro, aplicado antes da elaboração do programa de treinamento, nomeado por Kirkpatrick como “avaliação de aprendizagem”, é utilizado pelos profissionais da EADES para identificar quais foram os conhecimento e as habilidades adquiridas pelos familiares após a realização dos treinamentos planejados (SCHRÖEDER *et al.*, 2005).

Utilizando a metodologia da problematização, estratégia fundamentada nas 5 etapas do Arco de Charlez-Margueres que são “a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade” (CAUDURU, 2018, p. 57), os profissionais da EADES vão trazendo à superfície informações indispensáveis para a organização de um projeto de educação personalizado voltado à capacitação de cada um dos familiares presentes sobre Direitos, Sistemas e Práticas de Saúde. Da mesma forma que possíveis problemas decorrentes dos processos de internação são apresentados e suas soluções são descobertas pelo coletivo ao redor da mesa, um planejamento completo sobre os processos de ensino-aprendizagem - o que será ensinado, por quê, por quem, para quem, quando, como e o que deverá ser aprendido - é desenhado e acordado entre todos.

Após esse múltiplo diagnóstico, das demandas de cuidados, das necessidades de aprendizado, das experiências, ansiedades e medos e dos horários e datas ideais, cabe definitivamente aos profissionais da EADES encaminhar os cuidadores para

serem treinados pelos profissionais da assistência que precisam capacitá-los para a realização dos cuidados realizados diretamente nos corpos dos seus parentes internados. Após a realização de todos esses treinamentos os cuidadores retornam para às salas da ARADES para terem seu aprendizado avaliado pelos profissionais da EADES. Interessante o fato da existência de uma avaliação que não objetiva apenas em saber o que os cuidadores aprenderam, o quanto aprenderam, mas também, como eles estão se sentindo em relação ao aprendizado sobre a prestação dos cuidados no nível intradomiciliar, se com autonomia e segurança, ou não. Um processo de autoavaliação que caso ainda sejam identificadas pelos cuidadores necessidades de aprendizado e insuficiência dos processos de treinamento há um reencaminhamento para um novo processo de ensino-aprendizagem voltado à essas novas demandas identificadas durante a avaliação.

O “Curso de Capacitação Profissional em Desospitalização e Educação em Saúde”

A EADES está sempre recebendo visitas - de profissionais, de cuidadores, de estudantes, dos acompanhantes vizinhos de enfermaria, de gestores, de representantes comerciais etc. na sua sala localizada no 3º andar do prédio 3. Em maio de 2015 uma das pessoas que foi nos visitar era a coordenadora da Área de Atenção Domiciliar (UDOMI) do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) que na época estava fazendo seu trabalho de conclusão da pós-graduação e queria entender como as equipes de atenção domiciliar da rede federal do Rio de Janeiro prestavam o atendimento domiciliar quando o paciente era morador de área de violência urbana e risco para o profissional. Ela sabia que não fazíamos mais visitas domiciliares, mas que pela nossa experiência poderíamos contribuir com nosso conhecimento e expertise para sua pesquisa.

A partir desse encontro da pesquisadora com as equipes de desospitalização e atenção domiciliar dos hospitais e institutos federais surgiu a ideia da criação da Câmara Técnica (CT) de Desospitalização e Atenção Domiciliar dos Hospitais e Institutos Federais do Rio de Janeiro cujos encontros regulares começaram a

acontecer no final de julho de 2015 permanecendo até hoje. Numa das reuniões da CT, a EADES foi representada pelas suas 2 técnicas de Enfermagem que durante os debates e as conversas informais entre os profissionais sobre as especificidades de cada serviço, acabaram despertando o interesse da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) do Instituto Fernandes Figueiras (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que pediu para nos visitar. Tal interesse não nos causou espanto, afinal possuíamos competências que, segundo Carbone *et al.* (2005), à luz das teorias da estratégia empresarial, colocavam o HFB em vantagem frente às outras instituições integrantes da CT. Havíamos desenvolvido uma inovação nos nossos processos de trabalho que fazia com que as outras equipes nos percebessem como se estivéssemos em uma situação de superioridade em relação a elas, em um condição similar a de um monopólio. Uma inovação que nos permitia continuar prestando nossas atividades essenciais de forma efetiva frente às novas demandas assistenciais imputadas por esse mundo de incertezas que estamos inseridos de incertezas Vantagens que, à luz das teorias da estratégia empresarial.

Teria sido somente uma visita de *benchmarking*, pois eles queriam aprender com a gente como fazer desospitalização sem fazer visita domiciliar, mas conversa vai conversa vem, nós da EADES acabamos decidindo organizar um programa de treinamento que contemplasse todo o nosso conhecimento teórico e prático para ser oferecido aos colegas do IFF. Foi combinado que a EADES receberia os integrantes da EMAD do IFF todas as segundas-feiras, durante 6 segundas-feiras seguidas, a partir do final do mês de novembro de 2015. O curso foi organizado em 5 módulos independentes composto de aulas teóricas e aulas práticas que versavam sobre as temáticas inerentes e concernentes à Desospitalização e à Educação em Saúde, tais como: doenças de longa duração, demandas e necessidades de saúde, integralidade da atenção à saúde, redes de atenção à saúde, o SUS e as políticas de saúde, direitos e deveres à saúde, atenção domiciliar e o domicílio terapêutico, cuidadores e o cuidado familiar, cuidado paliativo e finitude, educação em saúde e educação popular em saúde, informação e comunicação em saúde. As manhãs seriam dedicadas ao conhecimento dos conteúdos epistêmicos e metodológicos que estão relacionados às práticas procedimentais executadas pelos profissionais da EADES no dia a dia do

trabalho no hospital que seriam experienciadas nos campos de atuação pelos profissionais do IFF. Às tardes, reservava-se um bom tempo para as atividades de experimentação prática, afinal, “A experiência é o livro vivo do aprendiz adulto” (ALMEIDA apud FILATRO, 2014, p. 18). Ao final de cada encontro era reservado um tempo para a realização de ações dialógicas entre as equipes onde eram feitos exercícios de aproximação e estranhamento entre as práticas, de *feedback* e de avaliação do dia de estudo e de planejamento para o próximo encontro; o que não tivesse sido efetivamente aprendido, entendido, poderia ser revisitado; uma atividade prática reexperienciada etc.

Em 2017, tivemos mais uma oportunidade de ministrar esse curso para uma equipe de atenção domiciliar de um instituto federal, no entanto, o curso que na sua constituição inicial era composto de 60 horas de atividades teóricas e práticas distribuídas por 2 meses teve que ser remodelado em atendimento às necessidades da equipe solicitante: ele deveria ser oferecido na modalidade de roda de conversa, ter a duração de 2 horas e estar integrado à programação do Curso de Atualização em Desospitalização organizado pelos profissionais da UDOMI do INTO que aconteceu tanto no dia 24 quanto no dia 25 de outubro. Em um primeiro momento imaginamos que seria um desafio em tanto extrair de 60 horas de teoria, de prática e de diálogo os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que são essenciais a qualquer profissional de desospitalização: saber organizar e gerir as RAS. Mas como o curso havia sido concebido em módulos independentes, nos moldes das atuais trilhas de aprendizagem permitindo a cada profissional definir

um curso de ação a ser seguido para o seu crescimento [...] a partir de suas conveniências, necessidades, ponto de partida e ponto a que deseja chegar, integrando em seu planejamento de carreira as expectativas da organização, o desempenho esperado, suas aspirações, as competências que já possui e aquelas que necessita desenvolver (FREITAS; BRANDÃO, 2006, p. 6),

tal tarefa foi concluída com êxito.

A “Oficina Gestão dos Cuidados em Redes”

Em meio à grave crise econômica de 2016 que culminou com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 congelando por 20 anos o aumento dos gastos com as receitas primárias, todos os hospitais federais que se encontravam sob a gestão do então Departamento de Gestão Hospitalar do antigo Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro passaram por um projeto de redefinição dos seus perfis assistenciais, das suas necessidades estruturais e dos seus tetos financeiros. Algumas das atividades desenvolvidas pelo HFB que se enquadravam no rol das atividades cuja responsabilidade era dos serviços de Atenção Primária¹², tais como o ambulatório de Lesões de Peles e Centro de Atenção ao Pé Diabético (CAPEDI), entre outras, seriam remodeladas. Durante uma reunião junto à Coordenação de Planejamento (COPLAN) do hospital, fomos solicitados a organizar um processo de capacitação para que as equipes de Enfermagem desses dois serviços se tornassem hábeis em organizar RAS específicas à sua clientela que contribuíssem para sua desospitalização. Seriam necessárias algumas mudanças, institucional, processual, filosófica, enfim, e toda ajuda possível.

Eu e as duas técnicas de Enfermagem da EADES, responsáveis pela gestão das RAS, montamos um grupo de trabalho que semanalmente se encontrava para desenvolver o projeto do curso; hora a gente estava reunindo os materiais teóricos, hora definindo as abordagens pedagógicas, hora construindo as avaliações, mas em momento algum nos preocupamos em conhecer nosso público alvo, o seu conhecimento prévio sobre os assuntos que seriam tratados e seus estilos de aprendizagem.

O pedido da COPLAN, por não fazer parte do planejamento estratégico de 2017 da ARADES, só foi atendido no ano seguinte, como parte das atividades da 79ª Semana

¹² O atendimento pelo SUS é feito a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde. A Atenção Primária, responsável por procedimentos menos complexos como vacinação e curativos, é feita pelas Unidades Básicas de Saúde. A Atenção Secundária, representada pelas Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, dão conta de alguns procedimentos de intervenção de média complexidade. A Atenção Terciária, onde estão os Hospitais de Grande Porte, realiza manobras mais invasivas e de maior risco à vida.

de Enfermagem. A "Oficina Gestão dos Cuidados em Redes" aconteceu em 3 tardes consecutivas dentro do auditório que fica dentro da Coordenação de Enfermagem do hospital. Inicialmente pensada para ser oferecida apenas aos profissionais da Enfermagem dos ambulatorios do HFB supracitados, as 20 vagas por turma acabaram sendo preenchidas por profissionais de outras categorias e de outras instituições de saúde, o que foi muito rico e desafiador.

Durante suas mais de 4 horas de duração, ao mesmo tempo em que íamos mediando as discussões em torno das 3 categorias centrais da oficina - gestão, cuidados e redes - íamos sendo mediados pelas contribuições dos participantes ali presentes. Organizada seguindo os princípios das metodologias ativas de aprendizagem, visto que a mesma tinha o objetivo de produzir mudanças consideráveis nas atividades que os profissionais há tempos vinham desempenhando de maneira rotineira e eficaz. Era preciso criar sentido para aquele aprendizado, para que eles pudessem não se adaptar à realidade, mas, sobretudo, nela intervir, recriando-a (MORAN, 2019). A oficina contava com uma série de atividades que os permitiam fazer coisas, criar conceitos sobre o que estavam fazendo, construir novos conhecimentos e aprimorar os já existentes, bem como desenvolver a capacidade crítica, sobre as práticas que vinham realizando, receber feedback e explorar atitudes e valores pessoais. A começar pela própria (des)organização do espaço onde as cadeiras tomaram a forma de um círculo, até a parte teórica que ia sendo construída de forma colaborativa a partir do conhecimento trazido por cada um ali presente. Como durante o planejamento do curso esquecemos de identificar os estilos de aprendizagem de cada aprendiz optamos por oferecer todo um rol de atividades variadas em um mesmo percurso: dinâmicas de grupo, estudos de caso, exercícios práticos, dramatização etc, o que segundo (FILATRO, 2014b), nos possibilitou, em alguma medida, atender as preferências de cada um.

No final de 2018 fomos convidados pela enfermeira chefe do ambulatório de oncologia do hospital para desenvolver a oficina para sua equipe de Enfermagem, um dia para a turma do plantão A, outro dia para a turma do B, mas com um detalhe: a oficina deveria acontecer na sala de quimioterapia durante o expediente, com pacientes sendo assistidos, com médicos interrompendo, com o hospital vivo do jeito

que ele é. E foi assim que aprendemos mais uma maneira de ensinar desospitalização dentro de um hospital: ao invés de ficarmos esperando pelos profissionais que nem sempre conseguem se ausentar dos seus postos de trabalho, a gente vai até eles. E esses movimentos de ora estarmos recebendo os profissionais no auditório da COENF e ora estarmos nos deslocando até os seus postos de trabalho para oferecermos essa oficina foi tendo continuidade, até sermos atropelados por um vírus. Novas realidades, novos desafios.

Havia um vírus no meio do caminho

Depois que o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus¹³ e estabeleceu as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do covid-19, a circulação dos familiares dos pacientes no hospital foi restringida e a presença de acompanhantes à beira dos leitos foi proibida. Diante das restrições impostas pelo distanciamento social e isolamento domiciliar, somadas à mudança do perfil assistencial do HFB, a EADES se viu obrigada a se reinventar. Foi elaborado o “Plano de Contingência ARADES para o Enfrentamento da Pandemia COVID-19” com vistas à implementação de uma remodelagem nos fluxos de comunicação assistencial em atendimento às recomendações de que fosse mantido um distanciamento físico entre as pessoas de pelo menos 1,5m. O plano é composto de 4 diferentes frentes de trabalho, das quais darei destaque apenas aquelas relacionadas às ações educativas.

Para que os processos de ensino-aprendizado promovidos pela EADES tragam resultados satisfatórios para os aprendizes em Saúde, o respeito ao tempo e ao estilo de aprendizagem de cada um(a); o reconhecimento, a valorização e a inclusão de

¹³ A Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/Portaria-188-20-ms.htm. Acesso em 05/01/2021. E a Portaria nº 356, de 20 de março de 2020 que dispôs sobre a atuação dos alunos dos cursos da área de saúde no combate à pandemia do COVID-19 (coronavírus). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-mec.htm. Acesso em 05/01/2021.

todos os saberes; o acesso aos recursos pedagógicos adequados a cada situação singular; a vontade de estudar, aprender e ensinar são alguns dos componentes que podemos considerar obrigatórios.

O serviço, que antes era realizado preferencialmente de maneira presencial, se viu obrigado a aderir à tecnologia remota. Agora as suas práticas, estratégias, metodologias educativas precisam ser à distância. Ensinar sobre direitos à saúde, ensinar sobre sistemas de saúde, ensinar sobre os cuidados na prática, tudo à distância. Todos os contatos realizados pela equipe passaram a ser feitos via telefone e/ou por e-mail. Usar o telefone, o e-mail, a vídeo-chamada para compartilhar informações sobre leis e portarias, sobre processos burocráticos, sobre trâmites administrativos é tranquilo. Mas, como promover a aprendizagem de alguém para realizar um curativo ou fazer a transferência de uma pessoa paraplégica da cama para a cadeira à distância? Como garantir que o conteúdo aprendido seja suficiente para garantir um cuidado de qualidade e seguro?

Definimos que as ações Ações de Educação em Saúde à Distância aconteceriam das seguintes maneiras: a) que seria realizada uma curadoria em repositórios de objetos digitais de aprendizagem (ODA) e em sites de Instituições de Ensino Superior (IES) a fim de selecionar e validar vídeos com linguagem simples e clara adequadas ao público dos cuidadores familiares que os orientassem tecnicamente sobre 13 práticas de cuidado de Enfermagem a serem realizadas no domicílio: gastrostomia; jejunostomia; traqueostomia; colostomia; citostomia; cateterismo vesical de demora; cateterismo vesical de alívio; troca de fraldas; banho no leito; higiene oral e ocular; prevenção de lesões de pele; curativos de úlceras de pressão; proteção contra quedas; b) que seriam desenvolvidos cartazes didáticos em formato digital contendo informações ilustradas das técnicas e dos sinais de alerta sobre as mesmas 13 práticas de cuidado de Enfermagem referidas acima; c) que seriam desenvolvidas atividades de aprendizagem sobre essas mesmas 13 práticas de cuidado de Enfermagem em formato de Quiz a serem enviadas via whatsapp ou e-mail aos cuidadores familiares como estratégia de autoavaliação do conhecimento adquirido através dos objetos de aprendizagem (vídeos e cartazes) referidos anteriormente; d) que seria oferecido aos cuidadores familiares, sempre quando possível, o teleatendimento da ARADES como

meio de suporte em relação aos cuidados de Enfermagem realizados no nível domiciliar.

O primeiro movimento que a ARADES fez foi de fazer uma busca por repositórios e pela internet de ODA, uma curadoria que escolheria os melhores objetos e os partilhava com os cuidadores familiares. Mas não funcionou, pois os ODA encontrados eram todos destinados apenas aos estudantes e profissionais da Enfermagem, usavam de uma linguagem científica e apresentavam materiais que não eram compatíveis com o contexto social dos aprendizes e nem com o *locus* do cuidado - o domicílio. Retrato que, segundo Cotta *et al.* está diretamente relacionado com a

desarticulação, no Brasil, entre as políticas de educação e de saúde — na verdade, há ainda tímidas interseções entre estes campos — ocasionando espaços de produção de conhecimento baseados exclusivamente em referenciais teóricos e não em experiências práticas necessárias para o desenvolvimento humano e profissional, levando a uma dificuldade de transposição, pelo trabalhador, dos conhecimentos adquiridos na sua vida acadêmica para as ações cotidianas, acarretando uma dicotomia entre teoria e prática — entre o ideal e a realidade — na qual se pretende intervir (COTTA *et al.*, 2007, p. 279).

Diante disso, outro rumo foi tomado e dois grupos de trabalho foram formados: o grupo de trabalho Cartazes e o grupo de trabalho Games. O primeiro grupo foi formado por 1 enfermeiro, 1 enfermeira e 2 técnicas de Enfermagem que tinham como responsabilidade a produção de todo o conteúdo teórico-prático sobre os cuidados que seriam realizados diretamente ao corpo dos pacientes que iriam para casa. Enquanto o segundo grupo, formado por 1 psicóloga e 1 técnica em assuntos educacionais, ficaria responsável pela produção dos jogos com perguntas de certo e errado que serviriam como um mecanismo de avaliação do seu aprendizado. Findada a produção dos conteúdos dos ODA pelo grupo 1 que considerou os aspectos pedagógicos que, segundo Braga (2005a), contribuem para a facilitação do trabalho de

professores e alunos para a aquisição do conhecimento - escritos com linguagem simples e objetiva e organizados didaticamente de acordo com as etapas de realização dos cuidados - o que é; para que serve; o que precisa ser organizado antes do cuidado; qual é o passo-a-passo da técnica; quais são os sinais de alerta - partimos para a produção das ADA.

E foi a partir dessa etapa que começaram a surgir uma série de barreiras institucionais que quase inviabilizaram nosso projeto. O HFB, apesar da longa tradição como uma instituição que ensina não possui um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Seu site institucional que poderia hospedar tanto os ODA como as ADA está sob a gerência do DATASUS e quaisquer modificações em seu conteúdo precisam ser autorizadas pelo nível central do MS em Brasília através de um processo burocrático longo e moroso. A sua Área de Tecnologia da Informação que poderia descobrir serviços gratuitos de hospedagem para os nossos ODA e ADA está sob um contrato que restringe suas atividades à manutenção dos equipamentos de informática e dos sistemas operacionais oficiais. A Assessoria de Comunicação (ASCOM) que gerencia a intranet do hospital não conta com profissionais especializados em programação para desenvolver ferramentas capazes de gerar *links* de acesso remoto à página do hospital.

Mas nada disso e tampouco a falta de um conhecimento estruturado sobre o comportamento do covid-19 no organismo e a mais eficiente maneira de enfrentá-lo que nos gerou muita insegurança e um medo generalizado da morte nos fez retrocedir. Compramos um aparelho celular e elegemos o aplicativo de troca de mensagens WhatsApp como nosso AVA. Além dele ser gratuito, de fácil uso e estar instalado em cerca de 99% dos celulares dos brasileiros¹⁴, ele atende às especificidades do que se entende como *mobile-Learning*, dispõe de recursos de armazenamento e busca de dados além de permitir que seus usuários acessem e criem conteúdos, compartilhem áudios, fotos, vídeos e outros arquivos.

¹⁴ O WhatsApp é o aplicativo mensageiro mais utilizado no Brasil, e a sua presença no dia a dia do brasileiro é intensa. O aplicativo está instalado em 99% dos smartphones brasileiros, conforme os dados da pesquisa Panorama, que foi realizada pelas empresas Mobile Time e Opinion Box em 2020. Disponível em <https://www.terra.com.br/noticias/dino/cinco-motivos-para-usar-automacao-de-whatsapp-no-atendimento-ao-consumidor,cc5928993ceb670cc5ab92fc34c00d7b2ouio34h.html>. Acesso em 05/01/2021.

Tendo em vista o lugar que o HFB ocupa na sociedade brasileira, no que tange a formação dos futuros profissionais de saúde e o aprimoramento daqueles que já trabalham no SUS, considerando também o seu relevante papel na ciência como campo de pesquisa e produção de conhecimento, e ainda, seu compromisso ético de promover a cidadania através das ações de educação em saúde para sua população assistida, não poderíamos ter agido de outra maneira.

7 POSSÍVEIS APLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Cabe à administração pública implementar políticas públicas e atender às demandas sociais dos cidadãos de maneira eficiente aumentando ao máximo o bem-estar da sociedade. Nos últimos anos, vimos acompanhando uma redução cada vez maior dos recursos públicos por diversas razões, seja pelo desperdício devido à má gestão, seja pelo desvio das ações de corrupção, seja pelas estratégias políticas de enfraquecimento do Estado. O que acaba obrigando os serviços públicos a buscar por inovações nos seus processos, produtos e serviços que resultem em melhorias que os possibilitem fazer mais e melhor com menos.

O presente estudo traz à baila uma experiência que reflete essa realidade: o investimento em gestão do conhecimento realizado em uma instituição de saúde pública com vistas à adequação dos seus serviços prestados em atendimento aos novos desafios surgidos na atualidade. Trata-se das atividades de educação em saúde que vêm sendo desenvolvidas há quase uma década pelos profissionais da EADES do HFB com o objetivo de capacitar seus profissionais, os estudantes que utilizam seus campos de estágio e os cuidadores familiares dos seus pacientes para que eles sejam hábeis em atuar nos processos de Desospitalização que são necessários à garantia de uma alta hospitalar responsável, de um seguro processo de externalização e de um cuidado domiciliar de qualidade. Todavia, para além das boas práticas e dos casos de sucesso, ele também nos apresenta graves problemas estruturais presentes nas instituições de saúde e de educação que precisam ser enfrentados pela administração pública brasileira.

Quanto ao papel de educador dos profissionais de saúde, o estudo trouxe questões relacionadas à fragmentação dos saberes entre as categorias profissionais

que foi solucionado pela EADES ao abrir as vagas da “Oficina Gestão dos Cuidados em Redes” para todos os profissionais do hospital independente da sua formação, afinal, tal produto educacional tem como finalidade o desenvolvimento de uma competência que é transdisciplinar. O “Curso de Capacitação Profissional em Desospitalização e Educação em Saúde” cumpre o papel de complementar os currículos vigentes dos cursos de graduação em saúde que ainda não contemplam tais domínios de conhecimento que hoje são imprescindíveis para aqueles profissionais que atuam e que futuramente vão atuar nas unidades hospitalares do SUS.

Quanto à estrutura educacional da instituição de saúde, o estudo apresentou soluções simples e factíveis de serem implementadas pelo hospital. Para resolver o problema da baixa participação dos seus profissionais nas atividades de educação porque muitas das vezes eles não podem se ausentar por longos períodos dos seus setores de atuação durante o plantão, a EADES adaptou a metodologia da “Oficina Gestão dos Cuidados em Redes” de modo que essa atividade pudesse ser realizada nas próprias enfermarias e ambulatórios. Da mesma forma, ao adquirirem um aparelho celular e escolherem o WhatsApp para funcionar como uma plataforma para a realização dos processos de educação dos cuidadores familiares, a EADES solucionou a inexistência de um AVA disponível no hospital e a impossibilidade dos encontros presenciais imposta pelas regras de distanciamento social e de proibição das visitas por causa da pandemia de covid-19.

Quanto à função desospitalizadora das ações de educação em saúde, o estudo mostrou que elas não são unicamente uma transferência dos saberes científicos dos profissionais de saúde para os cuidadores visando sua capacitação para que apenas reproduzam determinadas técnicas de cuidados realizados diretamente no corpo dos pacientes. O “Encontro Familiar Programado” é um processo de trabalho onde são estabelecidas trocas de saberes e experiências entre os profissionais de saúde e os cuidadores familiares, estabelecendo e fortalecendo o vínculo entre eles. Tanto os conteúdos abordados - direitos à saúde, sistemas de saúde e práticas de saúde - quanto as técnicas pedagógicas desenvolvidas durante os encontros - roda de conversa, contrato de aprendizagem e autoavaliação - buscam conduzir os participantes a uma reflexão crítica sobre as bases sociais da vida e os direitos

constitucionais, desalienando-os e empoderando-os para que eles consigam adquirir autonomia na gestão dos seus processos de saúde.

8 REFERÊNCIAS

ABREU, José Ricardo Pinto de. **Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas - Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas**. 2011. 105 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/18510>. Acesso em 05/01/2021.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 8**, de 27 de fevereiro de 2009. Disponível em:< www.anvisa.gov.br/legis> Acessado em: 16 dez. 2010.

ARADES. ÁREA DE APOIO À DESHOSPITALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Relatório de Gestão 2017**. Rio de Janeiro, HFB. 2017.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4., p. 884-889, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 164, 25 de ago. 2011. Seção 1, p. 91.

CARBONE, Pedro *et al.* **Gestão por competências e gestão do conhecimento: aspectos teóricos e práticos**, capítulo 1, Editora FGV, Rio de Janeiro, 3ª edição, 2005.

CARVALHO, Edgard de Assis. **Enigmas da Cultura**. São Paulo, Cortez, 2003. (Coleção questões da Nossa Época; v.99).

CAUDURO, Fernanda Leticia Frates. **Design thinking: metodologia inovadora para a formação docente em enfermagem**. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. 205 p. Disponível em https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-12122019-135921/publico/Fernanda_LF_Cauduro.pdf. Acesso em 05/01/2021.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação dos profissionais de saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica** 31 (3) : 278-286 ; 2007.

FILATRO, Andrea. **Design instrucional sob uma perspectiva andragógica**. WebCurrículo. São Paulo: PUC/SP, 2008.

FILATRO, Andrea. **Estilos de aprendizagem**. Módulo 1. Curso on-line. Brasília: ENAP, 2014a.

FILATRO, Andrea. **Estilos de aprendizagem**. Módulo 2. Curso on-line. Brasília: ENAP, 2014b.

FILATRO, Andrea. **Estilos de aprendizagem**. Módulo 3. Curso on-line. Brasília: ENAP, 2014c.

FONTELLES, Mauro José *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med.** (Impr.);23(3), jul.-set. 2009.

FREITAS, Isa Aparecida de; BRANDÃO, Hugo Pena. **Trilhas de aprendizagem como estratégia para o desenvolvimento de competências**. IN: BORGES-ANDRADE, J. E. *et al* (orgs). Treinamento, desenvolvimento e educação em organização e trabalho - fundamentos para a gestão de desenvolvimento de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HFB. HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO. **Portaria nº 468 em 30 de novembro de 2017**, publicada nas páginas nº 42 e 43 do Boletim de Serviço nº 47 de 20 de novembro de 2017 e retificada na página nº 36 do Boletim de Serviço nº 28 de 28 de maio de 2018.

KENSKI, Vani Moreira. **A educação corporativa e a questão da andragogia**. IN: Educação a distância: o estado da arte. LITTO, Fredric Michael; FORMIGA, Manuel Marcos Maciel (orgs.). São Paulo : Pearson Education do Brasil, 2009.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Tristes Trópicos**; Tradução Rosa Freire d’Aguar. - São Paulo. Companhia das Letras, 1996.

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo. E.P.U.: 1986.

MORAN, José. **Metodologias ativas na educação**. Curso on-line. Brasília. ENAP, 2020a.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME - Rev. Mineira de Enfermagem** ; 10 (4) : 435-439, Jan/Mar, 2006.

ROCHA, Luciano Teixeira. **“Hospital não, pelo amor!”: etnografando processos de Desospitalização**. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social - 2016. 265 f. Disponível em http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=7410&PHPSESSID=du2miq8er9i58n0glefqa69fo7. Acesso em 05/01/2021.

SCHRÖEDER, C. da S. *et al.* Critérios e indicadores de desempenho para sistemas de treinamento corporativo virtual: sugerindo um protótipo de avaliação. 2005. Disponível em <http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/068tcf4.pdf>. Acesso em 07/01/2021.

SOMERA, Elizabeth A. S.; SOMERA JÚNIOR, Renato; RONDINA, João Marcelo. Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. **Arq Ciênc Saúde**. v.17, n.2, p. 102-9, 2010.