

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: PRODUÇÃO DE SENTIDO NA COMUNICAÇÃO
MIDIÁTICA

VICTÓRIA SAYURI FREIRE DOS SANTOS KUDEKEN

O DISCURSO NO ENSINO EM SAÚDE: PROCESSOS
COMUNICACIONAIS E MECANISMOS DE LEGITIMAÇÃO
ATRAVÉS DE RECURSOS AUDIOVISUAIS

Bauru

2017

VICTÓRIA SAYURI FREIRE DOS SANTOS KUDEKEN

**O DISCURSO NO ENSINO EM SAÚDE: PROCESSOS
COMUNICACIONAIS E MECANISMOS DE LEGITIMAÇÃO
ATRAVÉS DE RECURSOS AUDIOVISUAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Comunicação, sob a orientação da Profa. Dra. Eliza Bachega Casadei.

Bauru

2017

Kudeken, Victoria Sayuri Freire dos Santos. O discurso no ensino em saúde: processos comunicacionais e mecanismos de legitimação através de recursos audiovisuais / Victoria Sayuri Freire dos Santos Kudeken, 2017 94 f.

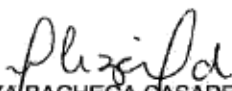
Orientador: Eliza Bachega Casadei

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Bauru, 2017.

1. Análise do Discurso. 2. Processos Comunicacionais. 3. Ensino em Saúde. 4. Legitimação do Discurso. 5. Educação a Distância. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VICTORIA SAYURI FREIRE DOS SANTOS KUDEKEN, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, DA FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICAÇÃO - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 30 dias do mês de outubro do ano de 2017, às 14:00 horas, no(a) Sala dos Órgãos Colegiados da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Professor Doutor ELIZA BACHEGA CASADEI - Orientador(a) do(a) Programa de Pós-graduação em Comunicação e Consumo / Escola Superior de Propaganda e Marketing, Escola Superior de Propaganda e Marketing do Rio de Janeiro, Prof. Dr. JULIANO MAURICIO DE CARVALHO do(a) Departamento de Comunicação Social / Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação de Bauru, Prof. Dr. LUIZ PERES NETO do(a) Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Práticas de Consumo / Escola Superior de Propaganda e Marketing, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de VICTORIA SAYURI FREIRE DOS SANTOS KUDEKEN, intitulada **O discurso no ensino em saúde: processos comunicacionais e mecanismos de legitimação através de recursos audiovisuais**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Professor Doutor ELIZA BACHEGA CASADEI


Prof. Dr. JULIANO MAURICIO DE CARVALHO


Prof. Dr. LUIZ PERES NETO

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer inicialmente a Profa. Dra. Eliza Bachega Casadei por toda confiança, conhecimento, paciência e pelo trabalho de orientação que me inspiraram e fizeram com esse projeto funcionasse. Sem ela, possivelmente eu não pensaria em ingressar em um mestrado e perderia a chance de conhecer tantas leituras e pessoas que mudaram minha vida.

O percurso dos últimos anos para a conclusão da pesquisa tiveram outras pessoas essenciais, tanto para as discussões acadêmicas como para o controle emocional, sendo estas: Marcia Mecone, Renata Rossi, Daniel Arnoni, Beatriz de Souza Lima, Monique Nascimento, Priscila Caldeira, Luciana Quierati, Paulo de César Souza, Beatriz da Cruz, Christiane Lima, Diego Dossa, Diogo Folchetti, Vitor Trevelin, Bruno Aramaki, Guilherme Martins, Rodrigo Calmon, Mauricio Kobayashi, Bárbara Bonini, Mirian Gama, Aline Torrieri, Alessandra Carrijo e tantos outros amigos de graduação, trabalho e mestrado que auxiliaram de diferentes maneiras para o processo de escrita.

Gostaria também de agradecer a minha mãe, Zilma, que me estimula constantemente a tomar decisões, arriscar e fazer o melhor possível naquilo que acredito e desejo para minha vida.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender quais são alguns dos mecanismos de legitimação discursiva envolvidos nos processos comunicacionais do curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente, oferecido pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), na modalidade a distância para um público de profissionais da saúde. Desmembrando a análise em três momentos de configuração narrativa com o foco nos processos de legitimação discursiva, pretende-se responder a seguinte questão: quem discursa no ensino de saúde? Na primeira parte, foram analisados os possíveis discursivos do ensino em saúde, sendo estes o modelo de ensino por competências, a hierarquia no discurso médico e os saberes práticos da equipe de enfermagem. A segunda parte visualizou através dos objetos midiáticos e educacionais como os discursos se materializam no formato do curso. Já o terceiro momento, de refiguração narrativa, expõe o cenário comunicacional contemporâneo, como é construído um leitor/aluno modelo para o material educacional e como funcionam os processos de interação na narrativa do curso.

PALAVRAS-CHAVE: análise do discurso, processos comunicacionais, ensino em saúde, legitimação do discurso, educação a distância.

ABSTRACT

The present study aims to understand which are some of the mechanisms of discursive legitimation involved in the communicational processes of the Quality and Safety Management course, offered by Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), in distance modality for a professional public of health. Dismembering the analysis into three moments of narrative configuration with the focus on the processes of discursive legitimation, it is intended to answer the following question: who speaks in health education? In the first part, the possible discursives of health education were analyzed, being these the model of teaching by competences, the hierarchy in the medical discourse and the practical knowledge of the nursing. The second part visualized through the media and educational objects how the speeches materialize in the format of the course. The third moment, narrative refiguration, exposes the contemporary communication scenario, how a reader/student model is constructed for the educational material and how the interaction processes work in the course narrative.

KEYWORDS: discourse analysis, communicational processes, health teaching, legitimation of discourse, distance education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Mecanismos de legitimação discursiva: biopoder e biotecnologia no ensino em saúde	15
1.2 Os processos comunicacionais sob a ótica da tríplice mimesis de Paul Ricoeur .	23
1.3 Arsenal teórico-metodológico.....	25
2. CAPÍTULO I - PRÉ CONFIGURAÇÃO: OS POSSÍVEIS DISCURSIVOS NO ENSINO EM SAÚDE	28
2.1 O modelo por competências no ensino em saúde	28
2.1.1 O modelo por competências na educação médica e as práticas de biopoder .	32
2.2 A hierarquia do discurso médico	34
2.3 Os saberes práticos: o papel da enfermagem no campo discursivo	39
3. CAPÍTULO II – A CONFIGURAÇÃO NARRATIVA	48
3.1 Curso de atualização em Gestão da Qualidade e Segurança: objetivos educacionais e estrutura	49
3.1.1 Conteúdo Interativo.....	52
3.1.2 Conteúdos em vídeo no EaD Einstein.....	61
3.1.3 Momento de prática e reflexão.....	67
3.2 Processos discursivos do curso de Qualidade e Segurança do Paciente e lugares de fala	74
4. CAPÍTULO 3 – A REFIGURAÇÃO NARRATIVA	76
4.1 Refiguração narrativa a partir do leitor-modelo.....	76

4.2 Convergência midiática no ensino em saúde	79
4.3 Articulações dos processos de interação no curso de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de acesso aos objetos que compõem o curso	14
Figura 2 - Abordagens sobre o cigarro em diferentes momentos históricos, a primeira imagem retrata a divulgação da marca Camel com a recomendação de médicos americanos em 1946, do outro lado a advertência da ANVISA e do Ministério da Saúde quanto as consequências físicas do consumo de cigarro.	20
Figura 3 Ilustração da personagem de Sarah Gamp. Referencia a enfermeira mercenária, com pouca importância com higiene própria e aos cuidados com o paciente enfermo. Imagem retirada em 02.09.2017, disponível em: http://www.geldartstudio.co.uk/collections/dickens/sarah-gamp	41
Figura 4 - Matéria da Revista da Cruz Vermelha Brasileira "A profissão da enfermeira". São Paulo, 1943.	43
Figura 5 - Grade curricular da disciplina de Ética profissional na formação de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira no ano de 1940.	44
Figura 6 - apresentação do curso e metodologia	50
Figura 7 - apresentação da metodologia do EaD Einstein na plataforma educacional...	51
Figura 8 - Conteúdo Interativo	55
Figura 9 - Conteúdo Interativo: ilustrações	56
Figura 10 Vídeo de especialista inserido dentro do conteúdo interativo.....	58
Figura 11 - Conteúdo Interativo: exercícios de fixação	59
Figura 12 Vídeo de Procedimento	64
Figura 13 Vídeo de especialista utilizado na abertura do curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente	66
Figura 14 - Apresentação do estudo de caso	69

Figura 15 - Mapa do curso, estrutura por unidades e os diferentes objetos educacionais que o compõe.....	82
---	----

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo responder a seguinte questão: quem discursa nos cursos de atualização do ensino em saúde? Esta pergunta parte de uma inquietação sobre quais são alguns dos mecanismos de legitimação discursiva envolvidos nos processos comunicacionais do curso Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente, oferecido no módulo a distância pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). O nosso objetivo é, portanto, fazer o mapeamento de alguns desses dispositivos discursivos de legitimação nesse curso com a finalidade de entender como alguns processos de hierarquização profissional são construídos discursivamente nesses atos comunicacionais. A escolha do curso se deve pelo tema abarcar toda a equipe profissional dentro de uma instituição hospitalar, uma vez que as questões de qualidade e segurança são tratadas desde a entrada de um paciente e/ou acompanhante na instituição e percorrem por todo o processo de diagnóstico e tratamento, como também se utilizam de termos aceitos para dar significados as práticas de qualidade por toda a comunidade de profissionais que coexistem em um sistema hospitalar tais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, administradores, entre outros.

O curso elegido como objeto empírico de pesquisa tem uma carga horária de 30 horas, divididas em 4 unidades com os temas “Gestão da qualidade em saúde”, “Ferramentas básicas para gestão da qualidade nas organizações de saúde”, “Princípios da segurança do paciente”, “Desafios e perspectivas da qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde”. Sua composição é formada por diferentes formatos midiáticos, tais como hipertextos, fotografias, vídeos, gráficos, conteúdos interativos, além dos espaços de interação como os fóruns de discussão e um encontro síncrono através de webconferência com um profissional do HIAE, que assume o papel de tutor dos alunos durante o período do curso.

A finalidade do curso declarada pela instituição é a de que o profissional que realizar o curso estará apto a “Identificar os princípios e práticas fundamentais para a gestão da qualidade e segurança do paciente e aplicar os conceitos-chave da gestão da qualidade em saúde a fim de obter melhores resultados na gestão da prática

assistencial”¹. Após aprovação com nota igual ou superior a 7 pontos, o aluno recebe um certificado de conclusão de curso de atualização Einstein.

O mapa de objetos educacionais do curso pode ser visualizado da seguinte forma:

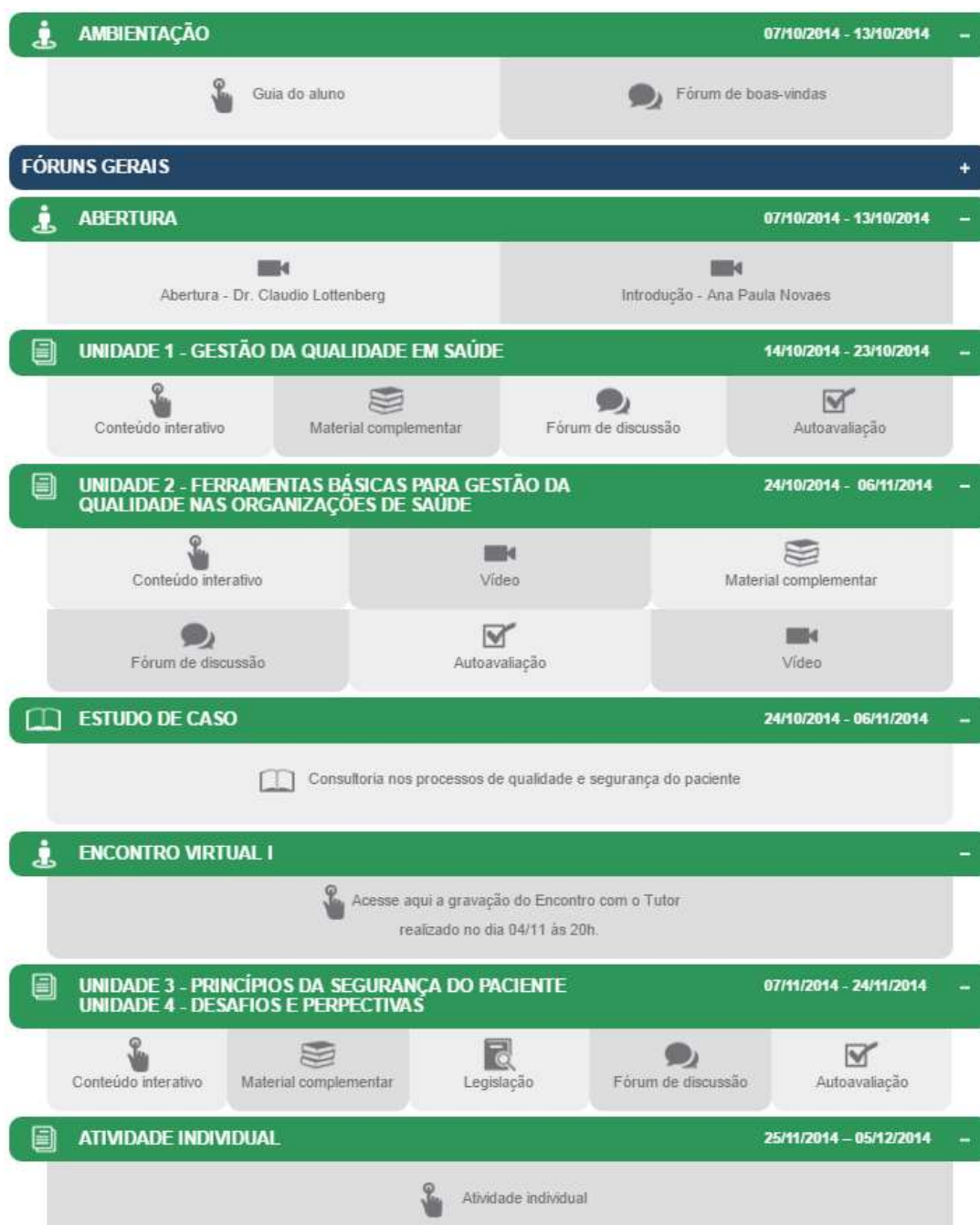


Figura 1 - Mapa de acesso aos objetos que compõem o curso

¹ Objetivo educacional divulgado conforme o site de venda do curso no portal do Hospital Israelita Albert Einstein. https://www.einstein.br/ensino/ead/gestao_da_qualidade_e_seguranca_do_paciente. Acessado em 23/05/2017.

A estrutura deste estudo consiste numa breve discussão teórica dos mecanismos de legitimação do discurso e o que são processos comunicacionais, utilizando os estudos de Michel Foucault e Paul Ricoeur, respectivamente, para uma posterior apresentação do arsenal teórico metodológico que reúne as perspectivas dos autores com os estudos da análise do discurso francesa. Os capítulos foram divididos conforme a proposta de Paul Ricoeur (2016) para que sejam vistas as questões de pré-configuração (o campo discursivo), configuração (a representação midiática) e refiguração (o leitor-modelo).

A seguir veremos as perspectivas dos autores elegidos para a pesquisa como também as etapas de análise que a compõem.

1.1 Mecanismos de legitimação discursiva: biopoder e biotecnologia no ensino em saúde

As dinâmicas discursivas nos contextos de saúde se constituem de uma linguagem específica, que contém aspectos de legitimação próprios. Trata-se de um ato comunicacional que, aparentemente, calca a sua autoridade em argumentos científicos e dados concretos obtidos a partir de extensas pesquisas que confirmam a sua veracidade e que seriam, portanto, isentos de outras formas de legitimação social. Esse, no entanto, é apenas um dos aspectos da questão e o seu suposto isolamento das condições sociais de produção de um lugar de fala não é senão, uma falácia. As articulações discursivas envolvidas nesse tipo de ato comunicacional envolvem também articulações do *ethos* que ultrapassam as argumentações científicas e que dão voz de autoridade ao especialista, normalmente o médico, nas mais diferentes situações sociais, sendo estas dentro ou fora do espaço hospitalar. Essas articulações *ethópicas* de autoridade ultrapassam o dado científico e constroem uma legitimação para um lugar de fala bastante específico. Para entendermos essa questão, faremos um breve levantamento sobre os estudos de Foucault sobre as relações de poder e discutiremos as questões de biopoder e biotecnologia, compreendo quais os mecanismos de legitimação discursiva na saúde.

A escolha dos estudos de Foucault surge pelos diferentes domínios² que o filósofo se dedica e que, por vezes, acoplam as esferas da medicina e da educação de forma contundente, formulando ferramentas para uma discussão que foca no discurso por ele mesmo, não assumindo uma lógica interna do objeto e nem produzindo metanarrativas que o ultrapassem (VEIGA-NETO, 2007).

As teorias desenvolvidas para se explicar o poder tiveram um grande impacto com os estudos de Foucault, que tratava a dinâmica de forças como relações de poder. Traçando perspectivas que dissecam espaços e práticas sociais a margem do que se era pensado como centro do poder político-social, Foucault demonstrou em sua obra que o poder não é um objeto ou um espaço, mas formado por práticas sociais constituídas historicamente (MACHADO, 1981, p. XII *in* FOUCAULT, 2015).

Em primeiro lugar: não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas do poder em seu centro, no que possam ser seus mecanismos gerais e seus efeitos constantes. Trata-se, ao contrário, de captar o poder em suas extremidades lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento (FOUCAULT, 2015, p. 182).

Os estudos de Foucault traçaram duas abordagens sobre o poder, sendo estas denominadas poder disciplinar e biopoder. Tais abordagens atingem toda a estrutura social na qual vivemos porém, no contexto médico, tais relações podem ser visualizadas com maior intensidade pela influência na formação e transformação social dos profissionais desse grupo, construindo práticas discursivas e sujeitos alinhados as finalidades do período histórico em que se estabelecem, agindo assim de forma político-social como agentes estratégicos dos poderes caracterizados por Foucault.

O poder disciplinar, como foi denominado por Foucault, é investigado denotando a mudança nas relações sociais, em comparação aos regimes monárquicos, que se utilizavam de uma lógica de individualização dos corpos para que estes possam ser categorizados, ordenados e disciplinados tendo como objetivo modificar suas práticas para que se tornem úteis às finalidades político-sociais de seu tempo.

² Separação da obra de Foucault construída por Alfredo de Veiga-Neto (2007), no qual as obras foucaultianas são divididas nos seguintes domínios: ser-saber (de conhecimento), ser-poder (de ação) e ser-consigno (constituídos pela moral) (VEIGA-NETO, 2007, p.41).

³ A este termo Foucault (2014a) se refere aos espaços onde os indivíduos são disciplinados para o convívio social, ambientes estes que tinham em comum o controle do tempo e das ações dos indivíduos a fim de que seus corpos tornem-se dóceis aos princípios regidos pela instituição.

A ideia de um sujeito útil e dócil é uma concepção positiva utilizada por Foucault para dissociar os termos de repressão e dominação que definiam a intervenção violenta do Estado sobre os cidadãos. Foucault mostrará com isso que se a dominação capitalista fosse baseada somente na repressão, ela não se manteria por muito tempo (DINIZ e OLIVEIRA, 2014, p. 150)

Numa lógica que integra todo o tecido social, o poder disciplinar se exerce através de instituições de sequestro³ (escolas, prisões, hospitais, fábricas, hospícios...) que moldam através de práticas de poder um sujeito adestrado em um processo que o utiliza tanto como objeto e também ferramenta de manutenção da dinâmica de poder estabelecida (FOUCAULT, 2015, p. 164).

Diante da lógica disciplinar, Foucault se aplica a compreender as formações sociais do poder nomeando como elemento dinâmico de controle o dispositivo, no qual define:

Por esse termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre os elementos (Foucault, 2015. p. 364).

O dispositivo, como rede reguladora do poder disciplinar, demonstra a capacidade de atravessamento das relações de poder sobre o corpo disciplinado nas diferentes dimensões em que este o domina (FOUCAULT, 2014, p. 8). O exemplo mais notável de dispositivo dado por Foucault é a ideia do panóptico, uma espécie de estrutura arquitetônica em forma de torre, criada pelo filósofo e jurista inglês Jeremy Bentham, que conferia duas situações aos habitantes desse espaço: aos vigiados uma sensação de onipresença dos observadores, uma vez que estariam no ponto baixo em torno da torre e conseguiriam visualizar apenas as laterais em paredes e o teto que seria um espelho; e os vigias que estariam no topo da torre e conseguiriam visualizar toda a área em torno de seu espaço com a confiança do teto espelhado de que não poderia ser observados de volta. A essa dinâmica de observadores e observados a tensão criada pela vigilância poderia ser utilizada num sistema prisional, em uma escola, em um hospital entre outras instituições de sequestro como um efetivo instrumento de poder disciplinar, como também pode ter sua ideia ampliada as atividades rotineiras e contemporâneas a este estudo, tal como o registro de sites e caminhos navegados por cada usuário, o

³ A este termo Foucault (2014a) se refere aos espaços onde os indivíduos são disciplinados para o convívio social, ambientes estes que tinham em comum o controle do tempo e das ações dos indivíduos a fim de que seus corpos tornem-se dóceis aos princípios regidos pela instituição.

registro geográfico e/ou fotográfico das pessoas em eventos ou tarefas publicados em redes sociais ou, até mesmo, o uso de pulseiras de identificação em eventos que não simplesmente habilitam a passagem como também já possuem tecnologia para resgatar dados do usuário e realizar compras, por exemplo, nos locais onde são validados. Os dispositivos estão presentes em diferentes situações sob a carapuça de organização, com a função de registrar, distribuir e cercear as atitudes de cada indivíduo que está sob seu uso.

A partir da perspectiva dada por Foucault quanto ao dispositivo, o espaço médico se torna de grande proveito através da série de procedimentos que são normatizados para um atendimento uniforme e que se encaixe nos termos dados as questões de Qualidade e Segurança. Se a figura do médico justifica o poder dado para manipulação do corpo e dos hábitos de um paciente, sendo este o sujeito adestrado em uma relação paciente-profissional, a lógica do dispositivo funciona para mudança de comportamentos que mapeiam em um primeiro momento a anatomia e os costumes para depois molda-lo conforme as especialidades e abordagens a que este enunciador pertence, como por exemplo, a escolha de tratamento de um paciente com sobrepeso na ótica de um nutricionista, que analisará a questão alimentar e atividades físicas, contra a visão de médico ortopedista, que se preocupará mais com as condições de estruturas ósseas e cartilagens para que tais treinos não acarretem outros problemas no paciente.

Apesar do estudo de Foucault quanto ao poder disciplinar se dedicar a esse complexo mapa de técnicas e mecanismos de poder para o controle do sujeito, a individualização do corpo se torna uma forma insuficiente de compreensão do poder, uma vez que um cenário de controle se torna mais amplo a partir dos questionamentos do que seria a preservação da vida e o pertencimento do indivíduo a uma espécie, tais questionamentos e proposições correspondem a outra fase do trabalho de Foucault que destrincharemos a seguir.

Dessa forma, o poder disciplinar, ativo nas instituições através de dispositivos, coexiste com um novo tipo de poder que age através da multiplicidade do corpo, unindo os dados e mecanismos de controle disciplinares que antes mapeavam anatomicamente indivíduos para agora combina-los prevendo sistematizações da vida e agindo para um controle que ultrapassa o corpo e age de forma biopolítica, no qual Foucault chamará de biopoder.

Trata-se de um poder que se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. Se o poder disciplinar fazia uma anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana. Trata-se de uma biopolítica porque os novos objetos de saber que se criam “a serviço” do novo poder destinam-se ao controle da própria espécie; e a população é o novo conceito que se cria para dar conta de uma dimensão coletiva que, até então, não havia sido uma problemática no campo dos saberes (VEIGA-NETO, 2007, p. 72-73).

O biopoder se lança dentro dos estudos de Foucault como a ampliação do controle através do espaço ocupado pela população, saindo do que era institucional e moldável no sujeito para o que é coletivo e se solidifica pela “preocupação com a saúde e o bem-estar”, interagindo não simplesmente com a conduta do indivíduo como também com o ambiente comum a essa população. As intervenções médicas se tornam vitais para manutenção dos poderes, tendo como exemplo notável a questão da Cólera, onde John Snow mapeou a cidade de Londres em 1854 e descobriu o foco da doença em poços de água onde a incidência de pessoas enfermas abasteciam suas casas. O poder dado ao médico durante todo o processo investigativo como o acesso aos dados e ao corpo dos pacientes, a coleta de amostra de água dos poços e todo aparato tecnológico para a constatação do foco da doença foram essenciais para a promoção da atitude de isolar a área e proibir que a água fosse consumida pela população, iniciando assim o campo de estudos que visava entender doenças que acometiam um número de enfermos em grande escala com o método denominado epidemiológico.

Esse poder representado pela figura médica tratava-se de uma forma de controle de grandes massas, prevendo e organizando os próximos passos e ações através de recomendações que se garantiam como “forma racional” e que promoviam “bem comum” a toda a sociedade. Termos como “qualidade de vida” e “bem-estar social” são atribuídos para que pudessem ser adotadas as normatizações higienistas que direcionavam desde a distância que uma fossa deve ter da casa e dos poços onde as pessoas consumiam água até eventos rotineiros de alimentação e vestimenta. Alternando-se conforme a atualização das pesquisas e interesses do Estado como, por exemplo, a motivação ao consumo de cigarro e a atual restrição ou desencorajamento pelas consequências que sua composição pode ter no fumante⁴.

⁴ A propaganda de 1946 foi retirada do portal sobre tabagismo da Faculdade de Medicina de Stanford, nos Estados Unidos. Já a imagem à direita foi retirada do site da Anvisa. Acessado em 06/03/2017: http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/images



Figura 2 - Abordagens sobre o cigarro em diferentes momentos históricos, a primeira imagem retrata a divulgação da marca Camel com a recomendação de médicos americanos em 1946, do outro lado a advertência da ANVISA e do Ministério da Saúde quanto as consequências físicas do consumo de cigarro.

mudança histórica que permite visualizar a lógica do biopoder e a relevância da medicina como um dispositivo pode ser melhor visualizada se confrontada com a ideia do poder soberano que libertava ou punia com a morte um indivíduo, e que se estabelece no biopoder em um mesmo jogo de vida e morte, agindo sob diferentes perspectivas que mascaram as aplicações desses extremos, promovendo agora uma intervenção que faz com que a população sobreviva a partir de seus regimes de poder.

A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas – escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde política, habitação e migração; explosão, portanto de técnicas diversas e numerosas para obter a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se assim a era do biopoder e da biopolítica (FOUCAULT, 1988, p. 131 *apud* MENDES *et al*, 2015).

O papel exercido pela medicina no contexto disciplinar e no biopoder se solidifica pela transformação de um conjunto de práticas que tinham inicialmente uma função caritativa e de acolhimento aos moribundos para o status de agentes da cura, uma vez que as práticas higienistas adotadas pelo Estado durante o século XIX promoviam agora a restauração do indivíduo para transforma-lo e mantê-lo em um corpo de produção. A transformação do papel social desse grupo de profissionais se torna mais evidente uma vez que coloca em destaque a doença, a catalogação anatômica (no âmbito disciplinar) e na preservação da vida ou como Foucault afirma “Fazer viver,

deixar morrer⁵” (no contexto do biopoder), criando cada vez mais segmentações que distanciam o processo terapêutico do cuidado com o doente.

Numa transformação histórica do que se compreendia como medicina, as ações dos profissionais foram legitimadas através de práticas que poderiam ou não ter origem científica, mas que nas relações de poder em que um sujeito médico se pronuncia são aceitas por um corpo docilizado e vulnerável a um discurso que evoca a doença, desumaniza o paciente e ritualiza os procedimentos para a cura. As práticas de poder e o papel da medicina na dominação dos corpos e dos ambientes são visualizados por Foucault da seguinte maneira:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2015, p. 144).

O conjunto de saberes que legitimam as práticas médicas traz ao grupo de sujeitos que participam e difundem tais relações de poder um posicionamento mais notável ao conceito de Foucault quanto à função do sujeito como objeto das relações de poder funcionando assim como ferramenta de manutenção da disciplina formada, esvaziando assim a centralização do poder como objeto de domínio e demonstrando que as dinâmicas do poder exercidas estão em curso antes mesmo dos próprios sujeitos de ação e enunciação.

O lugar de fala construído para os profissionais que integram a instituição hospitalar e que possibilitam a manutenção das relações de poder dentro deste espaço, possuem em sua replicação um núcleo fechado de circulação, no qual as suas práticas respeitam “regras estritas, sem que seus detentores sejam despossuídos por essa distribuição” (FOUCAULT, 2014). Nesse sentido, as produções e distribuições discursivas se apresentam, de forma mais visível desse sistema, como uma espécie de ritual, onde os indivíduos que falam devem ter como acompanhamento de seus discursos gestos, posicionamentos, reações e um conjunto de signos que legitimam seu

⁵ Expressão utilizada por Michel Foucault no livro *Em defesa da Sociedade* (2005), publicado a partir dos cursos dados no Collège de France, sendo esta a aula de 17 de Março de 1976. Para Foucault, a mudança entre o poder soberano e o biopoder se torna evidente a partir do momento em que o controle não se opera a partir da decisão de que deve morrer, dada ao rei ou a representação soberana que decidia pelo direito de vida de seus súditos, a nova lógica se forma a partir da garantia de vida dos indivíduos e da preservação da espécie sob os aspectos que constituem o biopoder como a natalidade, longevidade e controle de epidemias (FOUCAULT, 2005, p. 270).

poder de fala, uma vez que “ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo” (FOUCAULT, 2014). É importante ressaltar que o grupo de profissionais da saúde representam apenas um exemplo dessas relações discursivas, Foucault afirma também que “os discursos religiosos, judiciários, terapêuticos e, em parte também, políticos não podem ser dissociados dessa prática de um ritual que determina para os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos” (FOUCAULT, 2014).

A partir dos estudos de Foucault, Gricoletto afirma que o lugar discursivo se desenvolve tendo como ponto de ancoragem o lugar social, lembrando sempre que esse discurso, assim como o sujeito, é disperso e identificado nas variáveis posições que este ocupa a depender da situação (GRICOLETTO, 2007). Dessa forma, não simplesmente as questões preestabelecidas ao sujeito devem ser visualizadas em uma análise discursiva como também suas interpelações sociais e ideológicas, marcadas pelo momento histórico a quem este sujeito pertence. Para Gricoletto (2007), a noção do lugar discursivo afeta a prática social e, simultaneamente, o lugar social afeta a prática discursiva. Ao aceitar a afirmação, torna-se necessário acoplar ao processo metodológico uma visão que sistematize a prática e o lugar social para a compreensão da formação discursiva.

Com isso, sustento que é possível pensar na noção de lugar discursivo como uma categoria de análise, que é materializada na passagem do espaço empírico, onde se encontram os lugares sociais, para o espaço discursivo. Ou seja, o lugar discursivo estaria no entremeio do lugar social, da forma e da posição-sujeito. Portanto, ele não é sinônimo de posição, já que pode abrigar no seu interior, diferentes e até contraditórias posições de sujeito. O sujeito do discurso, ao se inscrever em um determinado lugar discursivo, vai se relacionar tanto com a forma-sujeito histórica e os saberes que ela abriga quanto com a posição-sujeito (GRICOLETTO, 2007, p. 7).

Para a pesquisa, a visão do lugar de fala desenvolve uma importante sistematização das práticas médicas para que estas possam ser esmiuçadas e organizadas de modo que o sujeito, em grande parte do material o médico, revele qual a origem de seu discurso, sua legitimação e onde este é aplicado.

A seguir veremos os estudos de Paul Ricoeur (2016) sobre a tríplice mimese, que trataremos como pré configuração, configuração e reconfiguração, pode auxiliar no processo metodológico para a análise da pesquisa, conectando-o as concepções do lugar discursivo e das necessidades do objeto para a o cumprimento do objetivo de pesquisa: realizar o mapeamento de alguns dos dispositivos discursivos de legitimação utilizados

no curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente. O modelo proposto por Ricoeur servirá como uma base teórica para pensarmos o modelo comunicacional adotado pelos cursos analisados.

1.2 Os processos comunicacionais sob a ótica da tríplice mimesis de Paul Ricoeur

A partir da tese de que o tempo se torna tempo humano a partir da narrativa e que a narrativa se torna significativa a partir do encadeamento de características temporais, Paul Ricoeur (2016) traz uma concepção ampliada sobre tempo e narrativa, uma vez que para ele qualquer narrativa é “um mundo temporal”. Por essa ideia, inicia o círculo entre a narrativa e a temporalidade, tal como Ricoeur determina, tendo como base as ideias de *mimesis* (reprodução ou imitação da ação) e *mythos* (composição da intriga) de Aristóteles e as discussões sobre o tempo por Santo Agostinho (CARVALHO, 2012).

Para Ricoeur, existe entre a atividade de narrar uma história e o caráter temporal da experiência humana uma correlação que não é puramente acidental, mas que apresenta uma forma de necessidade transcultural. O tempo torna-se tempo humano na medida em que é articulado de um modo narrativo e a narrativa atinge seu pleno significado quando se torna uma condição da existência temporal (MOTTA, 2004, p. 8).

A partir da junção dos autores e uma abordagem hermenêutica para as questões de tempo e narrativa, propõe que o processo narrativo (ou, em termos ampliados, os próprios processos comunicativos) pode ser dividido em 3 momentos, a *mimesis* I, *mimesis* II e *mimesis* III, ou como trataremos nesse estudo a pré configuração, a configuração e a reconfiguração narrativa. No presente estudo, iremos adotar a ideia de tríplice mimesis de Ricoeur como um modelo conceitual de análise do processo comunicacional.

A pré configuração tem por sentido, para Ricoeur, a “compreensão do agir humano”, é nesse momento que a composição da intriga é esmiuçada a fim de entender quais os discursos e significações dadas a uma realidade social para que se possa materializar uma narrativa através do segundo momento. Dessa forma, não apenas as relações miméticas que tornam a narrativa familiar as memórias e culturas que o receptor identifica, como também as normatizações e condutas sociais que são pertencem a experiência temporal do leitor onde, “a prática cotidiana ordena e articula o passado, presente e o futuro” (MOTTA, 2004, p. 9).

Por outro lado, a narrativa não se limita a fazer uso de nossa familiaridade com a rede conceitual da ação. Acrescenta a ela aspectos discursivos que a distinguem de uma simples sequência de frases de ação. Esses aspectos já não pertencem à rede conceitual da semântica da ação. São aspectos sintáticos, cuja função é gerar a composição das modalidades de discursos dignos de serem chamados narrativos, quer se trate de narrativa histórica ou de narrativa de ficção (RICOEUR, 2016, p. 99). A configuração, ou *mimesis* II, se caracteriza pela materialidade dos discursos pré configurados, em um sentido semelhante ao momento do *mythos* aristotélico definido pelo “agenciamento dos fatos” (RICOEUR, 2016). Apesar dessa definição, é importante ressaltar que Ricoeur centrava seu estudo para a modalidade escrita, necessitando assim compreender que o dispositivo materializado em uma linguagem audiovisual deve levar em consideração, durante a análise da *mimesis* II, as especificidades próprias da linguagem reproduzida (CARVALHO, SANT’ANA, 2013), tal como o som e os aspectos técnicos da imagem se o objeto for um filme por exemplo, e a experiência de recepção, tal como a reprodução desse filme através do cinema ou de um aplicativo de reprodução de filmes.

O momento de configuração é também o ponto que reúne as concepções de mundo que precedem a narrativa, através da pré configuração, e que são responsáveis pela mediação a partir de sua leitura, equivalente ao momento de refiguração.

A dupla tarefa do dispositivo, que consiste em conferir uma especificidade a materialidade do texto e, por conta disso, em reivindicar aos leitores/espectadores uma experiência de recepção particular para o texto em questão, enfatiza o caráter articulador inerente a esta noção, uma vez que explicita a relação de continuidade entre a *mimesis* II e a *mimesis* III (CARVALHO e SANT’ANA, 2013, p. 244)

Por fim, a *mimesis* III ou o momento de refiguração da narrativa, tem como caracterização as implicações da narrativa a partir de sua leitura. É nesse momento que novas possibilidades e sentidos podem ser visualizados no conteúdo, uma vez que “o ato da leitura é justamente aquele que aglutina todos os momentos miméticos e amplia o conjunto de significados que define uma realidade” (CARVALHO e SANT’ANA, 2013, p. 246).

Para que a análise não caminhe para um estudo de recepção, a *mimesis* III foi visualizada a partir da ótica do Umberto Eco quanto ao leitor-modelo. Embora tal perspectiva não seja utilizada plenamente pelo próprio Ricoeur, nós adotamos a *mimesis* III como as estratégias de construção de um leitor-modelo, posto que os objetivos dessa

pesquisa estão em consonância com essa questão. Desse modo, o momento de reconfiguração da narrativa se torna ativo a partir da projeção do usuário que interage com o conteúdo, adequando sua linguagem, profundidade de assunto, o posicionamento sobre o tema, entre outras estratégias narrativas que podem ser utilizadas para a composição da intriga.

A partir desse processo comunicacional idealizado por Ricoeur, a estrutura do presente projeto terá como divisão os 3 momentos da narrativa, visando esmiuçar os possíveis discursivos do ensino em saúde (pré configuração), a materialização dos discursos através do curso de Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente (configuração) e a projeção do leitor modelo e dos processos de interação (reconfiguração).

1.3 Procedimentos teórico-metodológicos

O ponto de partida metodológico do projeto parte das ideias de Paul Ricoeur quanto aos 3 momentos da configuração narrativa, a tríplice mimesis. Dessa forma, cada capítulo a seguir possui como foco um momento, sendo estes pré configuração, configuração e reconfiguração, para analisar alguns dos processos de legitimação discursiva no ensino em saúde, mais especificamente nos cursos de atualização profissional.

No primeiro capítulo, articulando o momento de pré configuração, a formação da instituição hospitalar e do ensino por competências vinculados a especialização e atuação de profissionais da saúde foram discutidos evidenciando o processo de legitimação do saber médico e seu discurso de autoridade a partir das condutas e relações dentro de uma hierarquia multiprofissional (composta por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, entre outros). Após a evidência do papel do médico em uma instituição de saúde, o papel da enfermagem também é discutido para uma visão da *práxis* do tratamento, que se utilizam da cientificidade da formação em saúde vinculada a micro resistências sobre a hierarquia médica através dos saberes práticos de sua rotina a beira-leito.

Conforme os estudos de Foucault, o conhecimento é um discurso constituído através de práticas que formam os objetos que são conceituados como uma verdade,

mas que não conseguem identifica-los de fato, pois no ato de constitui-los “ocultam sua própria invenção” (FOUCAULT, 1972 *apud* DEACON e PARKER, 2010). Dessa forma, os processos de legitimação a serem investigados deverão ser evidenciados através das práticas discursivas presentes nas formações profissionais e as verdades relatadas para as finalidades de poder nela presentes, identificando assim, como tais práticas refletem a ideia da reprodução de condutas normatizadas e condução dos sujeitos que ocupam o papel de aluno.

Nunca é demais lembrar que uma prática discursiva não é um ato de fala, não é uma ação concreta e individual de pronunciar discursos, mas é todo o conjunto de enunciados que ‘formam o substrato inteligível para as ações, graças ao seu duplo caráter de judicativo e vericativo’. Isso equivale dizer que as práticas discursivas moldam nossas maneiras de constituir o mundo, de compreendê-lo e de falar sobre ele. E, ainda que uma prática discursiva dependa da nossa vontade, essa não é suficiente para gerá-la e fazê-la funcionar (VEIGA-NETO, 2007, p. 93).

Quanto os saberes práticos do cotidiano, a base teórica utilizada para a discussão do grupo de enfermagem, que abarca não somente o enfermeiro como também técnicos e auxiliares de enfermagem, tem como ponto de partida os estudos de Michel de Certeau como um contraponto a hierarquia médica que designa as condutas pelo saber especializado com a enfermagem que se apropria dos cuidados determinados pelo médico através de sua proximidade com o paciente e pela visão sistêmica de ambientes e materiais que lhes é treinada durante a formação. Em um processo de “antidisciplina”, a autoridade do médico no discurso contrasta com as práticas do cotidiano da equipe de enfermagem:

Essas maneiras de fazer constituem as mil práticas pelas quais usuários se apropriam do espaço social e seus produtos através de maneiras “quase microbianas”, que proliferam no interior das estruturas do sistema, modificando seu funcionamento, mas também deturpando-o, ressignificando-o, lesando-o. Assim, não se trataria mais precisar como “a violência da ordem se vale de tecnologia disciplinar” (Foucault), mas de ver nas “táticas articuladas nos detalhes do cotidiano” uma espécie de sabedoria milenar orientando o enfrentamento da uniformização e do controle pretendidos pelos poderes e administradores que intentam governar em nome de um saber superior e do “interesse comum”. (SOUSA FILHO, 2002. Pg 132-133)

Entendendo também que um discurso não pode analisado até seu esgotamento, o referencial teórico indica o foco da análise para que as esferas da educação e da saúde possam ser contempladas a partir de alguns enunciados presentes no objeto de estudo, o curso de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.

O segundo capítulo, o momento configuração, tem como foco os aspectos técnicos da organização do discurso, visualizando sua materialização através de

produções audiovisuais utilizadas no objeto empírico elegido. Tal etapa consiste no detalhamento da composição de alguns objetos educacionais a fim organizar seus enunciados e buscar um diálogo com o referencial teórico, para a compreensão de como os discursos do capítulo 1 são utilizados em contextos educacionais e se legitimam através do conteúdo do curso.

Utilizando como objetos de análise ilustrações, textos, fotografias, vídeos, espaços de interação e colaboração, por exemplo, outro quesito que se enquadra nessa etapa são as condições de produção do material e os objetivos declarados para sua escolha, dialogando com as discussões de ensino por competências e seus níveis de aprendizagem para que se possa compreender como a construção de um material audiovisual específico corrobora para a execução das práticas discursivas expostas.

“O discurso, por princípio, não se fecha. É um processo em curso. Ele não é um conjunto de textos, mas uma prática. É nesse sentido que consideramos o discurso no conjunto das práticas que constituem a sociedade na história, com a diferença de que a prática discursiva se especifica por ser uma prática simbólica” (ORLANDI, 2003, p. 71).

Já o terceiro capítulo, o momento de reconfiguração tem como foco compreender a construção do leitor modelo a partir do cenário comunicacional contemporâneo, partindo da premissa que há uma ênfase no papel do usuário. Este estudo não tem como intenção abordar a recepção dos conteúdos e seus discursos presentes no curso de Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente, dessa forma utilizamos a ideia de Leitor-Modelo de Umberto Eco (1993), verificando as estratégias utilizadas para a construção dos objetos educacionais e como estas devem corresponder as habilidades do leitor imaginado em compreender as linguagens e signos utilizados, além de aprofundar seu conhecimento através das regras determinadas pelo autor.

Já para a compreensão do cenário comunicacional contemporâneo, as questões de convergência e as linguagens que se utilizam de multiplataformas foram discutidas a partir do mapa midiático do curso, visualizando a sequência de objetos educacionais, para que se pudesse entender como são articulados os processos de interação entre conteúdos e usuários, neste caso os alunos profissionais de saúde.

2. CAPÍTULO I - PRÉ CONFIGURAÇÃO: OS POSSÍVEIS DISCURSIVOS NO ENSINO EM SAÚDE

A pré configuração é o primeiro momento de análise na proposta calcada a partir da metodologia da tríplice mimesis no qual as representações da realidade e as práticas sociais são visualizadas de acordo com sua aceitação como verdade e a partir das regras e signos marcados por um recorte temporal. A análise do momento da pré-figuração, portanto, diz respeito ao mapeamento de alguns dos possíveis discursivos que regem o objeto estudado. Dessa forma, analisaremos neste capítulo o modelo por competências utilizado nos cursos de atualização em saúde, o papel do médico em uma instituição hospitalar e o papel da enfermeira na prática clínica com a finalidade de compreender como se dão as relações de poder entre os sujeitos destacados e como o lugar de fala se consolida e é aplicado nas práticas do ensino de atualização em saúde.

Em seguida, estudaremos, a partir da discussão dos sujeitos no ensino em saúde, o uso das plataformas tecnológicas utilizadas para veiculação do discurso médico nas dinâmicas de ensino, promovendo saberes no campo da saúde e se munindo de articulações que abarcam diferentes dimensões e sentidos do público alunado da saúde.

2.1 O modelo por competências no ensino em saúde

Uma das primeiras questões que podem ser analisadas quanto à pré-figuração narrativa dos cursos do Einstein diz respeito ao modelo por competências. Trata-se de um dos princípios articuladores de nosso objeto pois as diretrizes de capacitação e avaliação do grupo que é responsável pelas práticas hospitalares tem como base esse modelo organizacional. A educação continuada em saúde é uma recorrente forma de treinamento utilizada por instituições e/ou profissionais formados para que estes estejam atuando de forma unificada dentro das práticas hospitalares. Com a frequente atualização de protocolos e usos de materiais e medicamentos, o conhecimento formal de cada profissão se torna obsoleto a partir da entrada de uma nova pesquisa ou norma determinada pelos órgãos reguladores. Um exemplo para a necessidade de atualização são os protocolos de atendimento a paradas cardiorrespiratórias, no qual a técnica é revista e atualizada a cada dois anos pela Associação Americana do Coração, podendo ter alterações no número de compressões torácicas, sinais que devem ser observados,

drogas sequenciais entre outros detalhes que a partir de nova pesquisas demonstrem técnicas mais efetivas na ressuscitação do paciente em parada.

As práticas de ensino em saúde trabalham em sua educação continuada a visão sistêmica dos serviços hospitalares e a união do conhecimento técnico com a atitude investigativa para conduzir o paciente a um tratamento adequado. Se durante a formação acadêmica os conhecimentos são trabalhados a partir do estudo separado dos sistemas anatômicos e a conduta se dá por meio de bifurcações guiadas pelos sintomas, a atualização das especialidades se forma com a união das diversas ciências estudadas durante a graduação para a construção do raciocínio sistemático a cada paciente ou situação enfrentada na rotina hospitalar.

A formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas de saúde (CHIESA, NASCIMENTO e BRACCIALI, 2007, p. 241).

A partir dessa necessidade de simular a prática e dar sentido aos conceitos que pareciam antes separados, a educação contínua em saúde é construída a partir de competências, formando a cada categoria profissional elementos que auxiliam na visualização do ambiente, a compreensão dos dados clínicos, seleção de prioridades e atitude adequada perante as necessidades do paciente. Tais ideias funcionam a partir da premissa do saber-fazer, competência que requer a visão prática de problemas e situações e resolução sistemática a partir da compreensão de todo o processo.

A ideia de competência na educação tem como forte expoente Philippe Perrenoud, que visava competência como capacidade de criar dinâmicas através de processos cognitivos com o intuito de solucionar problemas pertinentes do cotidiano (PERRENOUD, 1999). Sua visão era de que o ensino por competências permitiria ao aluno uma visão mais significativa sobre as disciplinas abordadas, uma vez que a visualização de situações reais permitiria a integração da teoria à prática, para ele:

Digamos primeiramente que as competências requeridas na vida cotidiana não são desprezíveis, pois uma parte dos adultos, mesmo entre aqueles que seguiram uma escolaridade básica completa, permanece bem despreparada diante das tecnologias e das regras presentes na vida cotidiana. Dessa forma, sem limitar o papel da escola a aprendizagens tão triviais, pode-se perguntar: de que adianta escolarizar um indivíduo durante 10 a 15 anos de sua vida se ele continua despreparado diante de um contrato de seguro ou de uma bula farmacêutica? (PERRENOUD, 1999, p. 2).

Para Perrenoud (2001), o ato de educar através das competências possibilita ao aluno uma visão atitudinal, onde mecanismos complexos de ensino transformarão o

indivíduo capaz de identificar os problemas e supera-los, com estratégias de planejamento e controle de emoções, humores e valores, cooperando com a equipe e extraindo da prática ensinamentos sobre a ação.

O apoio da formação por competências pela saúde funciona como elemento integrador das teorias aprendidas na formação com a realidade da prática profissional. Dessa forma, a defesa ao ensino por competências é justificada como:

Em um currículo orientado por competência, os conteúdos só têm significado quando emergem da prática e a partir daí passam a ser explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, construídas socialmente. O que importa não é a transmissão do conhecimento acumulado, mas sim a possibilidade de ação, a capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja, o que se projeta (CHIESA, NASCIMENTO e BRACCIALI, 2007, p. 240).

Apesar das definições de competências e sua visualização como algo que prepara o indivíduo para situações do cotidiano, resolvendo problemas por meio de interfaces práticas e objetivos focados, há divergências no modelo que denotam a limitação cognitiva da reflexão do indivíduo, já que este está especializado em um número finito de situações, porém não rastreia de fato quais as implicações que o levam a solução. O modelo de competência formula a resolução de problema sem problematiza-los de fato, por meio de um discurso de aptidão para a tarefa:

O discurso competente pode ser assim resumido: não é qualquer um que tem o direito de dizer alguma coisa a qualquer outro em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente, portanto, é aquele proferido pelo especialista, que ocupa uma posição ou um lugar determinados na hierarquia organizacional, e haverá tantos discursos competentes quantas organizações e hierarquias houver na sociedade (CHAUÍ, 2014, p. 57).

Segmentado ao discurso competente, Chauí (2014) revela ainda a configuração do discurso da competência privada que, sobre a valorização do ensinamento do especialista que indica que a felicidade se encontra a partir de um modelo socialmente aceito do vencedor, o indivíduo deve ser competente por absorver as regras e condutas normatizadas pelo mercado de trabalho e a sociedade, convivendo com o mundo sobre tais perspectivas e amedrontado com a possibilidade de não acompanhar e ser transformado em detrito.

O controle hierárquico do que deve ou não ser desenvolvido no indivíduo através das competências a este dadas demonstra a segmentação e divisão entre o indivíduo preparado para uma tarefa ou não, esvaziando os sentidos do aprendizado e encaixando fórmulas sobre a atitude através do que é sintomático.

Esse esvaziamento ocorreria na medida em que há um deslocamento da valorização atribuída à aprendizagem realizada pelo indivíduo sozinho em detrimento da aprendizagem pela apreensão dos saberes elaborados. O conhecimento torna-se exclusividade do indivíduo e circunstancial. Nesse sentido, a compreensão da realidade será sempre parcial e descontínua, de maneira que as ações desses indivíduos passam a ter como referência fundamental seus interesses e necessidades particulares (RICARDO, 2010, p. 612).

Entre idealizações de um aprendizado pela experiência e integrando os conhecimentos teóricos de forma significativa a práticas e suas críticas quanto à forma pouco reflexiva deste aprendizado uma vez que este está condicionado a parâmetros de especialização limitada, as competências têm discussões pertinentes sobre o que seria válido em âmbito educativo, uma vez que o modelo competente consegue se unir as novas tecnologias e as necessidades de informação para resolução de problemas cada vez mais específicos. Com cautela para que o processo de aprendizagem não crie uma condição limitada, é necessário visualizar a cada momento se a funcionalidade do ensino fora da situação prevista, da empresa que o cede o conhecimento e de suas próprias perspectivas na sociedade.

Apesar do atrito teórico se este é ou não um formato complementar a educação formal e as contundentes críticas sobre a limitação do potencial reflexivo a partir do modelo competente, é possível notar que as estruturas propostas têm sido valorizadas pelas instituições de ensino, que projetam especializações cada vez mais específicas no mercado de trabalho. A âncora desta argumentação está posta aos novos mecanismos de consumo da informação, contra a visão tradicional de ensino:

Na era das TICs, parece desvanecer a ideia da educação como um modelo assimétrico e unidirecional, onde o docente como representante da instituição sempre foi quem teve o poder de transmitir informação-conhecimento ao alunado, tendo um rol dotado de poder e muitas vezes considerado a verdade única, tanto o educador quanto o material, que há muito tempo eram somente os livros (TORRES, LESTA e ROCCO, 2015, p. 109)⁶.

Apesar da defesa do modelo por competências e sua ligação às novas abordagens de ensino, um modelo que confere resoluções a partir de práticas preestabelecidas age de acordo com as teorias de Foucault, reorganizando as práticas sob as relações de poder construídas desde a relação do profissional médico a instituição hospitalar. Mesmo que este conteúdo não possua a visão unilateral de um indivíduo educador, tal modelo educacional está em consonância com a arquitetura de poder pensada por Foucault uma vez que este não vê o poder centralizado em uma pessoa ou

⁶ Tradução realizada para este estudo. A siglas TICs é referente ao termo “tecnologias da informação e comunicação”.

instituição, mas como uma rede de forças que controla e cerca os movimentos do grupo de pessoas que estão submetidas as regras impostas dentro desse ambiente.

A seguir veremos como o modelo por competências é utilizado no ensino em saúde e como sua estrutura corrobora com as práticas de biopoder no espaço hospitalar, reforçando o controle das condutas e o discurso médico em todas as práticas nesse ambiente.

2.1.1 O modelo por competências na educação médica e as práticas de biopoder

Os dispositivos presentes nas relações e práticas de poder na instituição hospitalar ganham nova forma a partir das concepções de Agamben (2005) traçando o biopoder nas implicações tecnológicas a partir de concepções do dispositivo. Classicamente, Foucault confere aos dispositivos “a rede que se pode estabelecer entre os elementos” num grupo que permeia conjuntos discursivos, arquitetônicos, as leis, a moral, ou seja, “o dito e o não dito são os elementos do dispositivo” (FOUCAULT, 2015, p. 364). A revisão de Agamben confere uma ampliação do termo, nas seguintes considerações:

[...] chamarei literalmente de dispositivo qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos. Não somente, portanto, as prisões, os manicômios, o panóptico, as escolas, as confissões, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas etc, cuja conexão com poder e em um certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e - porque não - a linguagem mesma, que é talvez o mais antigo dos dispositivos, em que há milhares e milhares de anos um primata - provavelmente sem dar-se conta das consequências que se seguiriam - teve a inconsciência de se deixar capturar. (AGAMBEN, 2005, p. 13)

Observando o conceito de Agamben (2005) quando ao dispositivo e as discussões sobre as relações de poder no ensino em saúde, diferentes aparatos tecnológicos, a troca de saberes, que seleciona o que deve ser divulgado e quem tem direito a ouvir e disseminar os conteúdos aprendidos, e toda a organização de processos, procedimentos e suas funções hierárquicas ganham condições ainda mais afirmativas se observadas sob a ótica do biopoder.

Como ferramenta de manutenção, conteúdos de atualização são essenciais para o aperfeiçoamento desses profissionais indicando novas competências e lembrando bases da prática clínica. Em seus cursos, um extenso número de protocolos e atitudes

aceitas pelas determinações de órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministérios Públicos Nacionais são instrumentalizados e aplicados a rotina hospitalar a fim de promover um atendimento considerado de qualidade. Lembrando que especificamente para a saúde a Qualidade é definida como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”, focando na tríade de gestão de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1978).

Se a formação por competências no ensino em saúde preza não simplesmente o conhecimento técnico como também habilidades relacionais e a aceitabilidade organizacional e das subjetividades propostas durante as interações com outros sujeitos no espaço hospitalar, prevendo quem pode dialogar sobre determinados assuntos e induzindo parcialidades a partir da especialização do enunciador, o uso de diferentes linguagens com a finalidade de evidenciar o dito e o não dito, como a definição de dispositivo por Foucault, se encaixa de forma interessante nas diferentes propostas educacionais. Um projeto que utiliza diferentes dinâmicas educativas e formas de abordagem sobre o assunto, como é o caso do objeto empírico elegido para este estudo, no contexto hospitalar, têm por seus princípios a possibilidade de imergir o aluno sob diferentes aspectos nas situações clínicas e provocar neste uma resposta característica a sua competência e a sua especialidade, evidenciando na narrativa um protagonismo que este irá estabelecer para si, reafirmando as situações ficcionais apresentadas nos formatos comunicativos construídos e reincorpora-las nas suas condutas hospitalares. Espelhando as afirmações de Agamben (2005), é importante salientar que não há uma forma correta de utilização dos dispositivos midiáticos uma vez que todos estão submetidos a algum processo de subjetivação.

O dispositivo educacional desenvolvido através do modelo por competências funciona então como operador das condutas dos profissionais atuando nas diferentes abordagens possibilitadas por um projeto que tem como base a construção de um universo narrativo que estimula em diferentes situações clínicas, seguindo uma coerência que desenvolve as possibilidades de ação do sujeito para este extraia desse conteúdo respostas adequadas aos discursos inseridos e esperados de acordo com os objetivos educacionais propostos.

A seguir, veremos como a figura do médico se instala no espaço hospitalar e ganha força em seu discurso pela autoridade que lhe é dada para conduzir as práticas de biopoder no sistema social e na instituição hospitalar.

2.2 A hierarquia do discurso médico

As práticas médicas têm por base a intervenção no estado de doença através da interpretação do funcionamento do corpo e do cenário habitado pelo enfermo, utilizando assim a observação e o prognóstico. Sua legitimação advém do conhecimento divulgado entre profissionais da mesma categoria e a troca de saberes em uma linguagem que lhes é comum nas suas especificidades, adquirindo assim espaço de fala como um indivíduo de autoridade (FOUCAULT, 2015).

A saúde é posta como ferramenta de biopoder a partir da solidificação dos profissionais de saúde como agentes estratégicos operando as dinâmicas de controle através da instituição hospitalar, onde as relações de poder desenvolvidas se estendem das situações entre médicos e pacientes para todos os membros que transitam em uma instituição de saúde e são submetidos às normas e discursos do espaço clínico, onde a própria arquitetura hospitalar, por exemplo, confere mecanismos suficientes para que o discurso médico tome força para regularizar suas práticas através de regras hierárquicas e dos rituais de atendimento, conforme exemplifica Foucault (2015):

Essa intervenção das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar etc. (FOUCAULT, 2015. p. 187)

A esfera que habita o discurso médico se define por práticas normatizadas pelo saber investigativo e, a partir do sistema higienista dado à medicina para o controle da natalidade, morbidade e longevidade das populações e a junção da instituição hospitalar como espaço de cura a esse profissional no durante o século XVIII (FOUCAULT, 2005 e 2015), órgãos reguladores construíram a partir de modernizações das condutas clínicas, novas definições para cada processo e procedimento a fim de sedimentar algumas bases para a atuação de profissionais nos sistemas de saúde.

Um dos momentos marcantes para que o médico pudesse legitimar sua autoridade dentro dos espaços hospitalares e organizar quem faria parte desse grupo de especialistas foi ocasionado pelo relatório Flexner, escrito em 1910 pelo Dr. Abraham Flexner que tinha como intuito avaliar as instituições de formação médica nos EUA e construir uma matriz educacional excluindo algumas linhas de formação existentes na época. A educação médica no início do século XX tinha diferentes segmentações em suas linhas de estudo que fugiam da formação científica e, após a avaliação e divulgação do relatório, transformaram-se em outros cursos tal como a biomedicina, oriunda das escolas homeopáticas de medicina da época. Ao todo, 155 escolas estadunidenses foram avaliadas e as recomendações dadas por Flexner exigiam uma grade curricular de 4 anos, com um rigoroso controle para a admissão de novos alunos e que tivessem em sua formação uma base científica evidenciada em cada disciplina.

Se por um lado, foram unificados os saberes necessários para a formação do profissional médico, por outro, alguns quesitos da avaliação não ficaram evidentes pela falta de um instrumento que argumentasse a aprovação ou reprovação de uma determinada escola, deixando certa dúvida sobre a efetividade da avaliação. Contudo a relevância dada a esse relatório modificou completamente a formação médica a partir de sua repercussão:

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, por meio de “uma volta pelos laboratórios” “em umas poucas horas” e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero “passeio de mãos nos bolsos” pelo local avaliado. Pois foi esta avaliação que se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 494).

Outra informação pertinente ao contexto da avaliação do relatório de Flexner é a crescente das indústrias farmacêuticas e do envolvimento destas nos espaços de publicação médica, tal como a American Medical Association, que davam grande importância para formações científicas na medicina. Mendes (1985), dá a essa união uma grande importância para a pressão exercida para que o governo priorizasse uma formação médica científica, compreendendo que “a medicina científica ou o ‘sistema’ médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades”.

Além das influências do contexto do relatório Flexner que priorizavam uma medicina científica com o apoio das Indústrias Farmacêuticas que investiam nas publicações e pressionavam o governo para a solidificação das formações científicas nas universidades, outros fatores determinados pelo relatório reforçaram limites para os ingressantes, instituindo quem poderia pertencer ao grupo médico e sob quais condições essa formação seria realizada. Um grande exemplo sobre isso é demonstrado pelas escolas de medicina que foram fechadas por não passarem nas avaliações de Flexner, encerrando as atividades das escolas homeopáticas e reduzindo as escolas para negros de sete para duas nos primeiros anos após a publicação do relatório, e por sua vez, as escolas médicas aprovadas se elitizaram e eram compostas por alunos de classe média-alta (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (PAGLIOSA e DA ROS, 2008: p. 495).

Dessa forma, reduzidas as linhas de estudo das escolas de medicina e selecionado o grupo social e econômico que poderia se formar nas instituições aprovadas pelo relatório Flexner, a nova grade curricular tinha como objetivo uma reorganização das disciplinas a partir da cientificidade do estudo do corpo, visão facilmente encontrada nas universidades até hoje, colocando em detrimento o atendimento ao paciente e o seu estado de saúde, uma vez que o foco do profissional está ligado ao funcionamento do corpo a partir da doença. O que é visto como excelência para essa formação está ligado a efetividade em examinar e diagnosticar indicando o tratamento adequado, este por sua vez executado pela equipe que integra o quadro de profissionais de uma instituição hospitalar.

Termos como qualidade e segurança do paciente surgem então para protocolar todo o processo hospitalar de atendimento, em um conjunto de saberes que requerem habilidade técnica, relacional além da memorização de fluxos e protocolos que devem ser utilizados a cada caso com uma meta de tempo programada.

Dessa forma, as relações de poder dentro da instituição são conduzidas essencialmente pelo conjunto de práticas encadeadas desde a entrada do paciente até o

diagnóstico, dado pelo médico, e tratamento, executado pelo grupo de enfermagem (MECONE, 2014), práticas estas permeadas por diferentes dispositivos que garantem a uniformidade do atendimento e a visão de um grupo amorfo durante os diferentes espaços nos quais o paciente transita. Um exemplo é a própria distinção dos grupos profissionais existentes no hospital através dos uniformes, separando assim enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, que são caracterizados em cada instituição por uma cor predominante, do médico que utiliza uma roupa social ou de sua escolha e se caracteriza através do uso do jaleco, tento apenas como exceção de ambientes como o centro cirúrgico ou determinadas unidades de terapia intensiva onde se torna necessário o uso de roupas esterilizadas.

No campo hierárquico da saúde, profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e outros membros da chamada equipe multidisciplinar se encaixam como sujeitos do discurso médico com um *corpus* de conhecimento funcional da prática, na forma de provedor de qualidade a serviço do médico, conforme observa Mecone (2014):

A proposta constante de uma qualidade de cuidado enreda os sujeitos enfermeiros numa teia quase invisível, que vai cerceando seus movimentos e os assujeitando a partir da imbução de um corpo de conhecimento, por vezes superficiais, no qual ele necessita conhecer, mas nunca esquecer dos limites e cerceamento de sua ação em detrimento de um saber legitimado do processo de cura, este dedicado por excelência ao médico (Mecone, 2014, p. 141-142).

Como exemplo, podemos citar o uso de um aparelho chamado desfibrilador, utilizado durante paradas cardiorrespiratórias, que funciona como uma espécie de choque na região do tórax a fim de fazer com que o coração bombeie sangue para o corpo e “ressuscite” o paciente. O procedimento padrão definido para as equipes de atendimento de urgências e emergência designa ao grupo de enfermagem a preparação do corpo e ambiente, como a abertura das roupas deixando o tórax exposto, punção venosa para a aplicação de drogas sequenciais, massagem cardíaca e afastamento de pessoas e equipamentos que possam atrapalhar o processo, mas apenas após a chegada do médico o desfibrilador pode ser usado, uma vez que o protocolo dá a responsabilidade e o direito de aplicação do choque exclusivamente a esse profissional.

Embasando-se na perspectiva foucaultiana, é possível observar as relações de poder presentes dentro do sistema hospitalar, mobilizado pela hierarquia entre os profissionais, no qual o médico sempre estará como provedor da cura, e na edificação

do ensino em saúde que compartilha a linguagem e os saberes em grupos profissionais cada vez mais fragmentados, estabelecendo conexões da transição de origem disciplinar pela hierarquia e lugar de fala dentro dos espaços profissionais, ressaltando que esta não se estabelece simplesmente como um grupo dominante (o médico) e outro dominado (equipe multidisciplinar), mas pela relação assimétrica de forças institucionalizadas como verdade (FOUCAULT, 2014a), como também garante um funcionamento dinamizado pelo biopoder através da intensificação de procedimentos aprovados com os termos qualidade, segurança e prevenção, por exemplo, e pela própria especialização que solidifica a codificação dos saberes e mantém o processo em constante intervenção na vida dos pacientes.

Se confrontadas as valorizações do ensino por competências, que visam individualizar os saberes através da especialização situando quais são as pessoas que falam e os espaços onde lhe é permitido falar, torna-se consequente à fragmentação dos saberes em grupos cada vez mais específicos (CHAUÍ, 1982), tornando os conhecimentos do corpo focados em sistemas, órgãos, tecidos, células e compostos isolados, cada vez mais distantes da ideia de um cuidado humano ou de uma própria interação entre humanos. As formações e atualizações são então, no ensino em saúde, permeadas pela lógica da especialização, fundamentando-se na discursividade que legitima, reconhece e reforça a autoridade do especialista a partir de sua enunciação:

A busca da dominação pela produção do discurso competente, pelo especialismo, atravessa os diferentes grupos no hospital. Na formação do profissional de saúde, há uma grande valorização do saber acadêmico, supostamente objetivo e frequentemente empolado. A segmentação por corporação profissional, sempre visível no hospital, garante que cada um fale exclusivamente de e sobre seu domínio de competência (MAIA, OSORIO, 2004, p. 75).

O sujeito do discurso médico, portanto, está investido de um *ethos* que legitima sua autoridade a partir da admissibilidade da comunidade médica por sua formação e se reveste em argumentos próprios das especialidades e da linguagem específica das condutas hospitalares. As bases educativas a que este articula seus discursos necessitam de um público que não simplesmente reconheça os principais códigos evocados como também compreenda as regras de autoridade e permaneça integrado as novas subjetivações empregadas durante a dinâmica discursiva.

No que diz respeito ao objeto de estudos da presente pesquisa, o curso de atualização para profissionais da saúde sobre os conceitos de Qualidade e Segurança do

paciente em ambiente hospitalar, a confiabilidade de que a formação por competências é mantenedora dos ritos da medicina e de que o profissional está apto a partir da compreensão da linguagem e conhecimento técnicos dos procedimentos se torna essencial para a formação dos profissionais fazendo com que os objetivos dos cursos não se limitem a aprendizagem técnica, como também a uma rede de aprimoramentos relacionais que produzem e creditam o que é verdade no espaço clínico e regulam como estes profissionais devem agir nas situações protocoladas a partir de sua especialidade.

Com a consolidação do curso médico americano a partir do relatório Flexner e sua influência na matriz educacional em todo o mundo ocidental durante o século XX, o modelo de controle biológico onde o ensino se torna focado aos estudos laboratoriais e na cientificidade de desmembrar o corpo em proporções cada vez menores em detrimento ao cuidado do indivíduo doente, tornou-se necessário que novas profissões tomassem lugar no espaço a fim de preencher a lacuna do cuidado, é nesse momento em que a atividade dos enfermeiros se torna ainda mais vital as práticas hospitalares. Em uma trajetória que inicialmente utilizava a enfermeira como uma auxiliar do espaço com a ocupação de limpar o ambiente e dar assistência ao médico simplesmente, ganha espaço no hospital a partir de pequenas resistências que construíram os saberes práticos de enfermagem e que, se por um lado reforçam a autoridade do médico ao limitar-se dentro do espaço clínico a garantir que o tratamento seja realizado conforme o planejamento indicado, também conseguiu resistir às próprias formações na profissão que culturalmente passaram por diferentes conceitos durante sua história.

A seguir detalharemos alguns momentos da história da enfermagem a fim de esmiuçar as mudanças culturais do que como eram vistas as enfermeiras, bem como as mudanças na formação profissional buscando descrever seu papel no campo discursivo dentro do espaço hospitalar.

2.3 Os saberes práticos: o papel da enfermagem no campo discursivo

Datar atividades que evidenciem uma origem a história da enfermagem, além de um árduo trabalho, não consegue coletar todas as ações de cuidados que representam a profissão durante a História, tanto pelas diferentes intenções dessas práticas como pelas diferentes resistências que construíram a profissão tal como visualizada hoje. Sob perspectivas de cunho caritativo, a enfermeira teve em seu trajeto grandes mudanças em

suas representações e, para mantermos o foco do lugar discursivo da enfermeira, discutiremos três momentos de representação histórica para a compreensão de sua posição de hierarquia dentro do espaço hospitalar.

Em um primeiro momento será ressaltada a visão da enfermeira através da literatura do século XIX, através da personagem Sarah Gamp, para que possa ser visualizado o trabalho antes de se consolidar como uma profissão; num segundo momento as primeiras formações no século XX que delimitavam como o grupo de enfermagem deveria ser formado; e, no terceiro momento, a grade curricular atual bem como algumas reivindicações existentes que criam resistências ou vão de encontro a hierarquia médica dentro do espaço hospitalar, discutido anteriormente.

A enfermagem teve em sua história uma grande transformação através de figuras como Florence Nightingale, que a partir de suas experiências durante a guerra da Criméia, pontuou ajustes no espaço hospitalar que auxilia sistematicamente nos cuidados e obtiveram índices melhores no tratamento de soldados, como por exemplo, a organização dos leitos a partir das condições clínicas do paciente (diminuindo o risco de infecções iniciadas no ambiente hospitalar) e as transformações no espaço de internação com regras de higienização, iluminação e ventilação mais precisas. Tais transformações do ambiente são pensadas e renovadas a cada nova descoberta no campo do cuidado, porém, essa ação de Nightgale foi essencial para que a profissão pudesse ser vista com uma relevância social diferente e uniformizando as habilidades requisitadas e construindo um status de autoridade para o cuidado.

Um retrato anterior às conquistas de Nightgale pode ser visualizado através da ficção contemporânea sobre a personagem enfermeira. Uma representação notável no século XIX surge através da personagem de Sarah Gamp, no livro de Charles Dickens “Um conto de Natal”. Caracterizada como uma mulher de pouco conhecimento científico, com persistente mal humor e marginalizada da sociedade, Sarah Gamp é uma representação social de como eram vistos os profissionais que se dedicavam aos cuidados hospitalares.

É importante observar que tal preconceito já existia nos tempos de Florence Nightingale. A novela escrita por Charles Dickens *The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit* revela os perfis da enfermagem pré-nightingaleana ao construir a personagem Sarah Gamp como gorda, viciada, mercenária, com desvios de caráter que associavam as antigas cuidadoras a um universo decadente e imoral. A identidade da nurse, como descrita no romance vitoriano, ainda que metaforicamente, desvela aventuras e horrores vividos por homens e mulheres na passagem do século XVIII para

o século XIX, cujas transformações atingiam os comportamentos públicos e privados, alterando as formas de vida e trabalho existentes, abordagem histórica importante para a reflexão sobre o cuidado no período, assim como quem o executava. A imagem de Sarah Gamp evoca um momento importante para a história das mulheres, pois faz emergir novas sociabilidades em um novo espaço social: as cidades (CAMPOS e OGUISSO, 2008, p. 893).

A essa primeira enfermeira, de pouco saber científico e com pouca autoridade para o espaço que ocupava, vê-se uma visão rudimentar da profissão como uma pessoa a serviço do médico, padre ou qualquer autoridade que adentrasse no ambiente hospitalar. Suas atividades eram realizadas de forma regrada as indicações sem grandes resistências as recomendações dadas e com desprezo aos pacientes, ao cuidado de si e as próprias atividades destinadas a essa profissional.



Figura 3 Ilustração da personagem de Sarah Gamp. Imagem retirada em 02.09.2017, disponível em:
<http://www.geldartstudio.co.uk/collections/dickens/sarah-gamp>

Apesar da visão da enfermeira em função servil, cerceada de suas atividades pela autoridade do médico que persiste nas práticas hospitalares atuais, foi no contexto de

guerras, com a já citada Florence Nightingale e diferentes mulheres que exerciam a profissão, que novos espaços para a formação profissional e uma nova visão social para as práticas de enfermagem começaram a ser reconhecidos dentro dos ambientes hospitalares. Traçado esse novo caminho, que unia o saber prático do cuidado a sistematização do corpo humano e do ambiente hospitalar, novas condutas foram criadas e as regras de admissão para formar novas profissionais também se modifica.

A regulação das práticas de enfermagem acarretou, de um lado, a uniformização dos procedimentos de cuidado com o paciente e as habilidades de sistematização do ambiente com pequena autonomia, e por outro, trouxe novas regras que reforçaram a conduta profissional, submissa e respeitosa a autoridade do médico, representando dentro dos espaços hospitalares as condutas normatizadas pela sociedade visando uma mulher na primeira metade do século XX. No Brasil, por exemplo, o discurso que projetava quem deveria ser a enfermeira era divulgado através de mídias com um tom propagandista dando relevância a profissão por caracterizações de cuidado e docilidade nas práticas assistenciais. Como argumento, desde que é da natureza feminina o cuidado e a dedicação para “uma ajuda protetora ou de um pronto alívio”, lembrando-se constantemente de sua posição submissa ao saber médico e atendendo à alusões bíblicas pela forma caritativa que ainda era vista a profissão, conforme demonstra a matéria da Revista da Cruz Vermelha Brasileira, de 1943:



Figura 4 - Matéria da Revista da Cruz Vermelha Brasileira "A profissão da enfermeira". São Paulo, 1943.⁷

O trecho da matéria “Enfermeira ensinando a médico: um paradoxo para a arrogância da Civilização atual!” demonstra quais os limites impostos para a prática de

⁷ Imagem retirada de MECONE, M. C. C. O modelo militar no ensino de Enfermagem: um olhar histórico sob a perspectiva de foucaultiana. [Tese] Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

enfermagem, cerceando as condutas e impondo a autoridade do médico como algo natural e coerente a sociedade. Esse discurso não é evocado apenas através dos meios de comunicação, mas esteve presente durante toda a formação profissional, atuando de forma disciplinar para que as futuras profissionais fossem moldadas para atender a hierarquia hospitalar vigente, conduzindo suas ações e criando uma cultura de trabalho onde o saber médico é aceito como valor supremo na condução do tratamento e toda a equipe aceita e age em função de suas determinações. Entre as disciplinas que compuseram a formação em enfermagem nos anos 40, que incluíam técnicas de parto e realização de curativos, por exemplo, a disciplina de Ética profissional se destaca pelo seu conteúdo programático, tal como visto na figura abaixo:

- VII — Ética profissional
- 1.º PONTO — Moral. Vocação. Ideal. Entusiasmo.
 - 2.º PONTO — Consciência. Sinceridade. Lealdade. Bondade. Dedicção. Abnegação.
 - 3.º PONTO — Paciência. Coragem. Energia. Calma.
 - 4.º PONTO — Vontade. Caráter. Domínio de si mesma.
 - 5.º PONTO — Discreção. Segredo profissional. Reflexão. Silêncio.
 - 6.º PONTO — Método de trabalho.
 - 7.º PONTO — Obediência. Bom espírito. Deveres de enfermeira para com os superiores. Respeito e gratidão.
 - 8.º PONTO — Polidez. Tato. Bom humor.
 - 9.º PONTO — Responsabilidade. Iniciativa.
 - 10.º PONTO — Higiene. Ordem. Economia. Uniforme.

Figura 5 - Grade curricular da disciplina de Ética profissional na formação de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira no ano de 1940.⁸

Em seu conteúdo as questões de obediência, respeito a autoridade médica e adestramentos que conduziam a chamada docilidade da prática são recorrentes e vistos como princípio para o exercício da atividade, induzindo mais uma vez ao poder disciplinar, que adestra e torna as práticas de poder verossímeis a esse sujeito

⁸ Imagem retirada de MECONE, M. C. C. O modelo militar no ensino de Enfermagem: um olhar histórico sob a perspectiva de foucaultiana. [Tese] Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

disciplinado, além da demonstração recorrente de como é composta a hierarquia do espaço hospitalar.

A partir da dominação e adestramento das profissionais da enfermagem, as próprias competências adquiridas durante a formação auxiliam na manutenção da hierarquia hospitalar, dos poderes oriundos do saber científico e reproduzindo o discurso médico nos espaços de atendimento. O cuidado dentro da enfermagem não existe simplesmente para o tratamento do paciente, mas como uma lembrança da autoridade do médico pela obediência e polidez da enfermeira para com ele além da função organizadora que a enfermeira tem com o ambiente, com os instrumentos e com a execução dos procedimentos determinados.

Na medida em que implicam modos de transformação e uma problematização moral, as técnicas de si são associadas a uma certa forma de dominação, por meio de um trabalho ético que pode ser efetuado consigo mesmo. O que se coloca em questão aqui é a maneira pela qual é necessário conduzir-se, como constituir a si mesmo como um sujeito moral, operando como agente e sujeito moral dessa ação. Essa determinação da substância ética liga-se ao modo pelo qual o indivíduo estabelece relações com as regras e se reconhece como ligado à obrigação de colocá-las em prática ou não (PRATA, 2009, p. 162).

Mais uma vez, torna-se importante ressaltar que tal controle do corpo de trabalho da enfermagem não existe de forma direta e completamente vulnerável aos discursos que o atingem, conforme Alípio de Sousa Filho (2002) em relação ao trabalho de Michel de Certeau, os sujeitos submetidos ao poder disciplinar e do biopoder não podem ser tomados como serem inertes ao discurso pois, no consumo dos bens materiais, existem sempre apropriações e ressignificações imprevisíveis, incontroláveis, modificadoras

A tal fim, é vislumbrado o empoderamento político do enfermo, que implica a garantia do exercício da cidadania ativa e a atuação orientada pela tomada de decisões, além de facilitar condições para a administração sustentável do cuidado nas instituições de saúde. A elaboração desta estratégia torna-se necessária para superar o modelo flexneriano, vigente ainda nos hospitais, o qual encoraja a formação de profissionais de saúde em função das patologias, com foco na super especialização no corpo, sem contemplar as exigências atuais das complexas demandas de saúde. (PORTO, A R. THOFEHRN, M B. 2013, p. 21)⁹

Isso posto, podemos ver que os cursos de saúde são desenvolvidos a partir de alguns possíveis discursivos que constituem sua pré-figuração narrativa. Dentre eles, destacam-se o ensino por competências, o papel de autoridade do médico e o lugar social demarcado da enfermagem em suas relações hierárquicas.

⁹ Tradução realizada para este estudo.

O ensino por competências utilizado nos cursos de saúde mantém o foco do saber-fazer e, a partir de conteúdos voltados a prática clínica, constroem modelos de aprendizagem que submetem o aluno a memorização de termos e fluxos além de sua aceitabilidade pela argumentação científica dada como verdade, sem grandes ruídos ou questionamentos. O retorno para o aluno de saúde é a certificação e a especialização, colocando-o em um grupo restrito, pela linguagem utilizada e pelo compartimento em que sua competência o coloca, fechado as possibilidades e restrições de seu lugar de fala dentro da instituição hospitalar.

Já o papel de autoridade do médico surge historicamente a partir de condutas de biopoder que visavam nesse profissional o controle biológico das populações e a partir de sua integração a instituição hospitalar, com suas regras e normatizações conduzidas de forma disciplinar, esse profissional foi consolidado como uma autoridade que toma o controle do paciente, do ambiente e dos profissionais que atuam dentro espaço de tratamento de forma hierarquizada. A formação médica através das diretrizes do relatório Flexner, durante o século XX, deram força a essa proposta de controle uma vez que desenvolvem o profissional médico a partir do saber científico cada vez mais focado no que é biológico em detrimento ao atendimento e o cuidado com o paciente, trabalho esse dedicado a outros profissionais a partir das determinações e condutas do médico.

No espectro do cuidado surge a profissionalização das enfermeiras, que sob as demandas de sistematização do espaço e das necessidades do paciente, são formadas para conduzir as determinações médicas e auxiliar no processo de cura do doente. Esse papel passa por um lento processo de identidade e autoridade no espaço hospitalar, uma vez que sua própria diretriz curricular incluía, na década de 40, disciplinas com temas como obediência a autoridade, abnegação, respeito e gratidão, por exemplo. As pequenas formas de resistência construíram na profissão pequenas autonomias dentro de ações na instituição, mas por outro lado, atendem à demanda hierárquica já existente uma vez que o sistema de vigilância e disciplina apenas evolui entre os membros que o conduzem, sem dispersar a autoridade dada ao médico no processo de cura.

Com isso, podemos inferir que os cursos não podem ser elaborados sem que essas características pré-figurativas, postas na esfera dos discursos médico e

educacional sejam consideradas. Os aspectos comunicativos, portanto, irão se desenvolver sob essa base discursiva previamente analisada.

A seguir veremos como as relações de poderes e os discursos hospitalares e do ensino em saúde são representados através das narrativas educativas utilizadas no curso de atualização de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente, sendo este o segundo momento da análise, a configuração narrativa.

3. CAPÍTULO II – A CONFIGURAÇÃO NARRATIVA

O segundo momento de análise de Ricoeur consiste na visualização das narrativas como materialização discursivas dos elementos que estavam em potência da *mímesis* I, tais como as relações de poder entre os profissionais que atuam no espaço hospitalar e as micro resistências nas hierarquias que operam a prática clínica. Trata-se da narrativa urdida propriamente dita e seus elementos estruturantes. Pensando nesse momento, chamado de *mímesis* II ou configuração, a análise da composição da intriga é realizada, esmiuçando a aceitabilidade de sua construção através dos discursos legitimados que nela circulam, como também uma visão que se estabelece do mundo social a partir da repetição das representações como “verdades”. Dessa forma, podemos considerar que a *mímesis* II é responsável por ofertar aos indivíduos “suas noções de temporalidade, conhecimento sobre a semântica da ação e um sistema simbólico de significação” (CARVALHO, 2013), no qual os conteúdos que veremos a seguir têm em sua composição uma apropriação dos significados de uma realidade hospitalar e sua recriação dentro dos encaixes discursivos que o legitimam.

Para esse estudo, a narrativa é visualizada a partir da composição de diferentes dispositivos midiáticos que, integrados em uma plataforma digital para a composição de um curso, conferem o objeto empírico analisado. A narrativa se forma pelo agrupamento dos objetos educacionais e pela navegação que constrói, a partir de seus fragmentos, uma história a ser vista sob o enfoque das Ciências de Comunicação.

Nesse capítulo, analisaremos a configuração narrativa dos objetos educacionais em formatos midiáticos presentes no curso de atualização de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, na modalidade EaD, construído pelo Hospital Israelita Albert Einstein, com o intuito de compreender como as relações de poder dentro do ensino em saúde e das hierarquias presentes nas instituições hospitalares são representadas através de conteúdos educacionais. Tal compreensão parte do objetivo de pesquisa que consiste em mapear os dispositivos que habitam os espaços e discursos hospitalares e, para a realização da análise, além de verificar os direcionamentos discursivos dados pelo conteúdo, a composição imagética e audiovisual também será revista para entender a utilização de sua escolha para a construção do curso.

3.1 Curso de atualização em Gestão da Qualidade e Segurança: objetivos educacionais e estrutura

O objeto empírico elegido para demonstrar as representações narrativas que disseminam as condutas legitimadas do ensino em saúde relacionadas ao tema qualidade e segurança do paciente foi o curso EaD oferecido comercialmente como curso de atualização profissional pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Sob o nome “Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente”, o curso possui carga horária de 30 horas distribuídas no período médio de 40 dias e requerem como condição primária para a inscrição do aluno, graduação completa na área da saúde ou formações administrativas que possam ter atividades correlatas a gestão em instituições de saúde, tais como administração, logística e ciências contábeis por exemplo, a fim de que os termos utilizados no curso sejam reconhecíveis por este grupo.

A finalidade declarada do curso é a de que o aluno, após conclusão e aprovação, esteja apto a “Identificar os princípios e práticas fundamentais para a gestão da qualidade e segurança do paciente e aplicar os conceitos-chave da gestão da qualidade em saúde a fim de obter melhores resultados na gestão da prática assistencial”. Para que o objetivo seja atingindo, a metodologia do programa EaD do HIAE tem como base a interação entre os alunos e tutores através do fórum de discussão e do encontro virtual, além da leitura dos materiais em diferentes formatos, tais como hipertextos, vídeos, imagens, questionários e outros conteúdos que requerem interação dos alunos.

A próxima imagem mostra a visualização do aluno a partir de sua entrada na plataforma educacional:

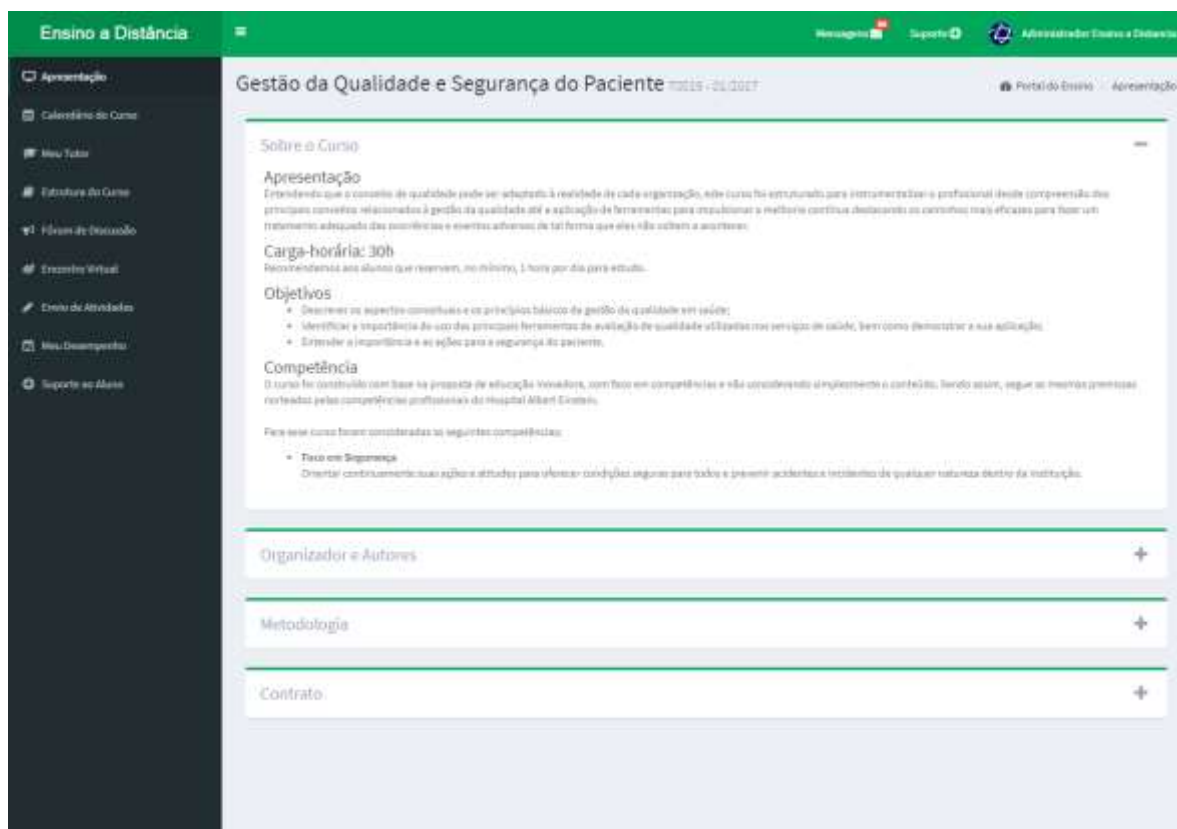


Figura 6 - apresentação do curso e metodologia

Por utilizar um modelo por competências, em sua apresentação são reforçadas as práticas a serem treinadas durante o curso, argumentando que os padrões de competências são os mesmos utilizados nos treinamentos do grupo de colaboradores e nas práticas institucionais do Hospital Israelita Albert Einstein e que o “Foco em Segurança”, competência listada para este curso, está indicado para eliminar lacunas de conhecimento focando “nas reais necessidades de capacitação para a área da saúde”. Dessa forma, é possível notar a necessidade do ensino em saúde em preencher lacunas que fogem de uma regularidade da prática assistencial pela visão clínica do gestor/médico/responsável pelo espaço clínico no momento e que, a lógica do modelo competente que forma especialistas indicada por Chauí (2014) age a partir do momento em que a descrição da competência confere ao aluno que tem como pretensão a gestão em saúde a habilidade em orientar a prática segura e prevenir riscos que possam ocorrer dentro da instituição hospitalar, investindo a ele o poder da fala, uma vez que capacitado, para sistematizar os processos e definir quais práticas são adequadas dentro do escopo legitimado de ações e condutas no ambiente.

O Ensino a Distância é um processo de ensino-aprendizagem, caracterizado pelo uso de tecnologias e pela separação espacial entre professor e aluno. Atualmente em decorrência da facilidade de acesso ao conhecimento, vêm ganhando adeptos pelo país, uma vez que ocorrem em ambiente virtual, ou seja, on line.

No Hospital Israelita Albert Einstein, estes cursos têm duração de 30h a 40h, acontecem 100% a distância e são elaborados, exclusivamente, por profissionais de referência em suas áreas. Quanto aos conteúdos selecionados, busca-se por temas pautados na relevância científica e expertise do Hospital.

O aluno acessa as aulas quando de onde quiser e não há encontros presenciais. Isso facilita a atualização de profissionais de todo o país e até mesmo de quem está fora do Brasil. O aprendizado se dá a partir da troca de informações e da realização de atividades/situações problemas e exercícios, onde é indicada uma hora diária de estudos, para melhor aproveitamento do curso de acordo com programação proposta pelo cronograma de liberação de conteúdo.

As turmas, com até 50 pessoas, têm um professor-tutor, que é um profissional Einstein responsável por orientar e acompanhar cada um dos alunos durante todo o andamento do curso, orientando e esclarecendo dúvidas.

Os cursos seguem os mesmos critérios utilizados no treinamento dos profissionais para atuar com excelência. Assim, são concebidos como ferramentas de eliminação de lacunas de competência e focados nas reais necessidades de capacitação para a área da saúde.

O conteúdo fica disponível online, por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem – o Portal do Conhecimento Einstein –, de forma fácil e interativa. Neste ambiente, o aluno também tem acesso à estrutura e cronograma do curso, informações sobre sua turma e seu tutor, além de espaço para acompanhar o seu desempenho no curso.

Além disso, os objetivos educacionais presentes no objeto empírico reforçam condutas preexistentes aos alunos em favor das relações de hierarquia e das práticas aceitas dentro do espaço hospitalar. Sobre essa questão, é interessante mencionarmos os objetivos do curso com a questão apresentada por Foucault sobre o biopoder, uma vez que operam em função dos dispositivos presentes nas instituições de sequestro, como é

Figura 7 - apresentação da metodologia do EaD Einstein na plataforma educacional

o caso do hospital, lembrando que:

o que caracteriza o biopoder é a crescente importância da norma que distribui os seres vivos num campo de valor e utilidade. A própria lei funciona como norma devido a suas funções reguladoras. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de técnicas de poder centralizadas na vida. A principal característica das técnicas de normalização consiste no fato de integrarem no corpo sócia a criação, a classificação e o controle sistemático das anormalidades (PORTOCARRERO, 2004, p. 141).

Como visualizados na figura 6, os objetivos prezam a descrição de conceitos e princípios consolidados para que na prática o aluno possa operar as ferramentas de vigilância apresentadas visando um olhar de constante regulação da prática e inibindo condutas que fogem dos padrões consolidados. Ou seja, o aluno disciplinado pelo curso se torna um regulador das práticas clínicas, construindo, sistematizando e gerenciando dispositivos para um melhor controle do ambiente, dos profissionais e das pessoas que interagem dentro do espaço hospitalar, tal como as características do biopoder destacada por Portocarrero (2004).

Os conteúdos do curso são divididos em 4 unidades que por sua vez possuem em sua composição diferentes objetos educacionais, sendo assim distribuídos:

- Unidade 1 – Gestão da qualidade em saúde: conteúdo interativo, material complementar, caderno de atividades e fórum de discussão;
- Unidade 2 – Ferramentas básicas para gestão da qualidade em organizações em saúde: conteúdo interativo, vídeo externo, material complementar, caderno de atividades e fórum de discussão;
- Unidade 3 – Princípios da segurança do paciente: avaliação parcial do curso e conteúdo interativo;
- Unidade 4 – Desafios e perspectivas da qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde: legislação, material complementar, caderno de atividades e fórum de discussão.

Além dos conteúdos anexos a estrutura de cada unidade, dois momentos importantes integram os componentes do curso, sendo estes o encontro virtual e a avaliação do aluno. O encontro virtual funciona como uma reunião entre tutor e alunos em um momento síncrono por meio de uma plataforma de streaming onde o tutor se comunica através de imagem e áudio e os alunos tiram dúvidas e respondem de forma escrita por meio de um bate-papo. A avaliação do aluno funciona como uma prova formal onde um caso deve ser respondido de acordo com as competências desenvolvidas durante o período do curso, esse material é respondido de forma dissertativa a fim de avaliar também o raciocínio do aluno para solucionar as questões propostas.

A seguir, veremos como são constituídas as configurações narrativas dos outros objetos educacionais citados e analisaremos alguns desses tendo em vista as questões de biopoder, como os discursos do saber médico, da prática em enfermagem e do ensino por competências funcionam através das abordagens educacionais do curso e como a escolha de seu formato midiático potencializa sua representação.

3.1.1 Conteúdo Interativo

O conteúdo interativo é o material matricial para a produção do curso, sendo composto por um texto, escrito em formato de artigo com formatação Vancouver, submetido a uma análise metodológica para que a linguagem seja adaptada de forma dialógica e servindo como orientação para a produção de diferentes materiais de apoio

posicionados na estrutura do curso (vídeos, material complementar e o momento de prática e reflexão, por exemplo), visando atender aos objetivos declarados pelo autor durante a escrita do material teórico e as competências utilizadas nos treinamentos institucionais do HIAE.

O autor do texto que compõe o conteúdo interativo é escolhido pela função exercida dentro do HIAE, sendo este especialista ou coordenador de área com três ou mais anos de atividade na instituição, garantindo assim que as diretrizes, valores e posicionamentos da instituição sejam algo familiar e façam parte do discurso deste profissional. Ele ainda pode recorrer a outros profissionais, também pertencentes ao quadro de colaboradores do Einstein, para que o auxiliem durante a produção textual e validação dos objetos educacionais. No caso do objeto empírico elegido para a pesquisa, a autora Ana Paula Novaes, graduada em enfermagem e especializada em gestão econômica da saúde, escreveu o conteúdo individualmente e exercia, durante o período de lançamento do curso, o cargo de Coordenadora do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, além de coordenar os cursos de especialização em Qualidade e Segurança do Paciente no programa de pós-graduação da instituição.

Após escrita do conteúdo interativo pelo autor, uma equipe de diferentes formações que permeiam a educação, saúde e comunicação realizam as adaptações para o modelo EaD, conferindo continuamente se a metodologia utilizada atinge os objetivos educacionais propostos e reflete o modelo de competências direcionado pela instituição, construindo a partir da matriz educacional os diferentes objetos de aprendizagem que serão distribuídos nas quatro unidades do curso. Apesar da nova disposição desse conteúdo, não é realizada nenhuma alteração de sentido do conteúdo e a formatação em Vancouver também é mantida.

O uso da formatação Vancouver é consolidado no EaD Einstein e aceito pelo grupo de alunos por ter sua autoria assinada pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (ICMJE)¹⁰, que criou uma série de orientações para a produção de manuscritos da área médica, sendo esta a norma utilizada com frequência em revistas e publicações científicas na área da saúde. A formalização de um padrão para as pesquisas em saúde surge em 1978 e seus contrastes com outras formatações, ABNT por exemplo, criam

¹⁰ Os detalhes da formatação Vancouver podem ser visualizados no site da ICMJE: <http://www.icmje.org/recommendations/>

uma organização textual específica para o grupo da saúde, prática que evidencia mais uma vez a necessidade de restringir o grupo que pode compreender fluidamente os saberes que lhes são apresentados e, numa dimensão ainda maior, o poder de fala para divulgação no meio científico das Ciências da Saúde.

Uma vez formatado, o conteúdo interativo mantém as evocações do que é natural para as Ciências da Saúde, mesmo se adaptando a linguagem que é comum a modalidade EAD e as diretrizes de competência, funcionando assim entre os saberes médicos e o discurso competente. Dessa forma, podemos afirmar que o modelo comunicacional do EaD Einstein consegue embutir os discursos justificando a presença de um ao outro pelas suas diretrizes iniciais (a cientificidade do saber médico e a prática especializada da formação por competências) em uma dinâmica que à primeira vista não apresenta atritos.

Quanto ao curso analisado, cabe observar a organização dos temas e a utilização de diretrizes como base para a explanação dos conceitos. A uniformidade da equipe e a garantia de que os valores da instituição e aceitabilidade desta são constantes no texto para que seja possível uma gestão sobre os princípios de qualidade, conforme podemos verificar na imagem a seguir:



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENSINO E PESQUISA

GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
 Seção 3: Princípios da Gestão da Qualidade



MENU

Princípios da Gestão da Qualidade em Saúde

Você pode identificar, pelo menos, dez princípios fundamentais para implementação com sucesso de um programa de gestão da qualidade. Desta forma, independentemente do programa de qualidade adotado, é possível tomar como base os pontos comuns das teorias dos principais autores, sobre esse assunto, como Deming, Juran, Crosby e Ishikawa⁷.

Para fins didáticos, adotaremos os princípios estabelecidos pela **ISO 9000:2015**, complementados com outros padrões de excelência. Tais princípios envolvem:

- Liderança;
- Competência e comprometimento das pessoas;
- Foco no cliente;
- Abordagem de processos;
- Melhoria;
- Decisão baseada em informações;
- Gestão de Relacionamento.

Neste momento iremos descrever, detalhadamente, cada um destes princípios. Confira-os.

Liderança

Antigamente, o conceito de liderança estava pautado no poder vertical e no controle das atividades, caracterizando as pessoas que ocupavam tal posição como inacessíveis, com pouca flexibilidade e quase sempre inquestionáveis. Entretanto, a evolução das práticas em gestão de pessoas veio para alterar essa visão, tornando os líderes elementos condutores de um processo, ou seja, responsáveis por criar um ambiente favorável ao trabalho.



Cabe à liderança o papel de construir um relacionamento baseado na transparência e confiança, inspirando e conduzindo a sua equipe no alcance dos propósitos da organização, favorecendo a construção da unidade necessária para o aprendizado, inovação e melhoria contínua. Com isso, a comunicação, a transparência, a participação e o reconhecimento tornaram-se instrumentos fundamentais para a melhoria da gestão da qualidade.

Competência e Comprometimento das Pessoas

O sucesso das organizações está cada vez mais relacionado aos seus ativos intangíveis, como a marca, a capacidade de inovação e o aprendizado. Grande parte desses ativos está atrelada ao desempenho de seus colaboradores.

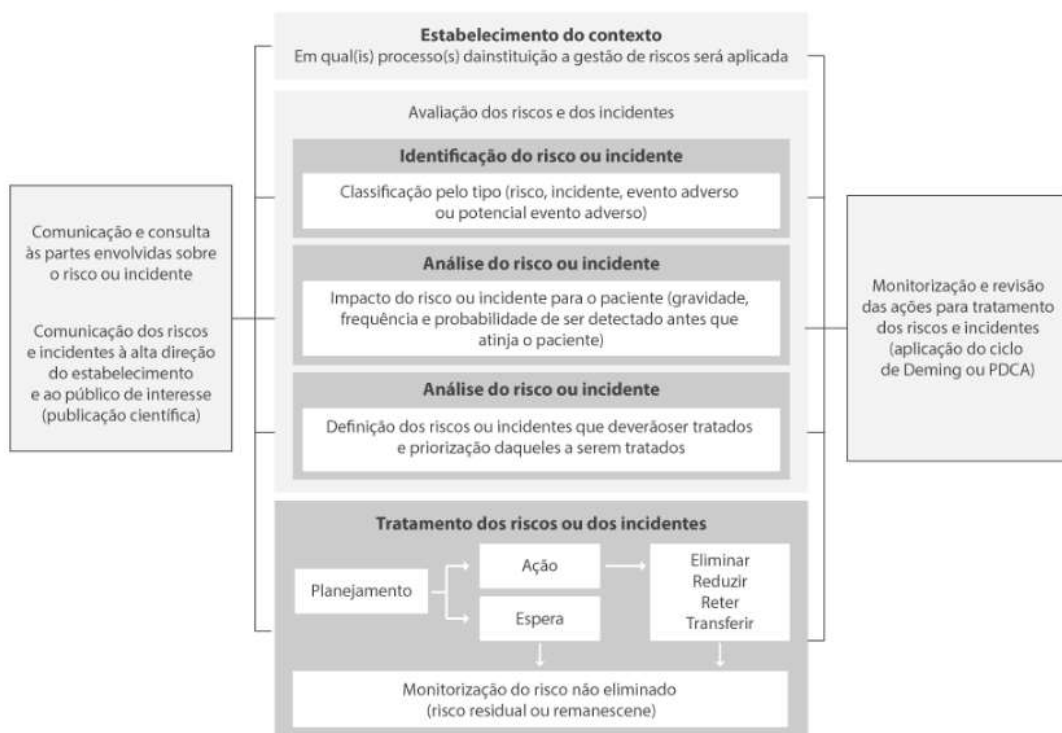
O maior objetivo desse princípio é assegurar que as competências necessárias para a condução das atividades sejam perseguidas, de tal forma a inspirar as pessoas para o mesmo propósito, tornando-as efetivamente envolvidas em um clima de confiança e respeito mútuo, além de buscar entre as pessoas eficiência.

Figura 8 - Conteúdo Interativo

Na imagem pode ser visualizada a formatação da norma Vancouver, a linguagem dialógica que se comunica diretamente com o aluno e o cuidado gráfico em ilustrar a uniformidade e padronização a todo momento, desde a diagramação nas cores da instituição provedora do conhecimento até a foto utilizada que, mesmo pertencendo a um banco de imagens remete mais uma vez a uniformidade sem deixar de evidenciar a figura do médico, a frente e no centro da equipe. O conteúdo da Figura 3 traz um panorama inicial das necessidades e competências que devem ser levadas em conta para a implantação de uma gestão em qualidade e, para que tais condutas possam ser instrumentalizadas, a continuidade do conteúdo interativo passará a capacitar o aluno a compreender e utilizar algumas de ferramentas de gestão de processos, como veremos a seguir.

Por se tratar de um curso de gestão na saúde, mais do que estabelecer para os alunos protocolos da assistência, o modelo comunicacional do curso monta padrões para que os futuros gestores estabeleçam dispositivos que garantam a uniformidade da prática, a partir de um modelo de processos que capacita o aluno a projetar fluxos de trabalhos, por exemplo, regularizando as atividades e prevendo ações diferentes as inibindo antes que ocorram. Dessa forma, o saber construído não simplesmente aceita como verdade uma determinada prática, como também conduz o aluno e futuro gestor a partir do que é aceito no espaço de gestão hospitalar a determinar processos que projetem as regras hierárquicas e o discurso dos saberes, justificando suas determinações a partir da cientificidade do saber médico e das diretrizes de órgãos reguladores, tais como o Quadro 1 exibido abaixo que tem como fonte a Associação Brasileira de Normas Técnicas, a ABNT.

QUADRO 1 Modelo de Processo



Fonte: Norma Brasileira ABNT NBR ISO 31000. Gestão de riscos – Princípios e diretrizes; 2009.

Figura 9 - Conteúdo Interativo: ilustrações

A fim de estabelecer as ferramentas de manutenção e controle dos processos e procedimentos nas condutas hospitalares, o aluno estará apto, conforme o material apresentado, a se tornar um agente de manutenção dos poderes disciplinares, exercendo um duplo papel no jogo discursivo onde se torna um sujeito submetido as práticas estabelecidas e também um vigilante da instituição hospitalar tal como ela se apresenta desde sua união do profissional médico pelos diferentes motivos listados durante a análise no momento de pré configuração, tais como os fatores econômicos e a necessidade de controle epidemiológico do Estado (FOUCAULT, 2015).

Ao observar o conteúdo da Figura 9, é possível notar que a partir da verificação de condutas consideradas de risco, a vigilância e o monitoramento das atividades permeiam toda a rotina, considerando assim que as atividades estabelecidas a margem das práticas aceitas passem por um processo analítico e tenham ao fim da investigação seja possível “eliminar, reduzir, reter ou transferir” a fim de regularizar novamente a conduta desse processo.

A base investigativa apresentada pela Figura 9 também passa por um procedimento que é comum a condução clínica dos estudos em medicina e enfermagem baseada em evidências, uma vez que são cruzadas as comunicações estabelecidas entre a equipe e sua prática no foco da investigação com as publicações científicas com maior fator de impacto. O resultado desse processo é a construção de fluxos e protocolos, sendo estes dispositivos que normatizam a prática, estabelecendo quais as atividades são apropriadas e reforçando legitimações que conduzam a prática de uma forma que uniforme e, a partir da aceitabilidade do grupo de funcionários, a vigilância que atinge todos os indivíduos que habitam o espaço clínico são realizadas pelos próprios sujeitos que estão sob o controle, atingido a dupla função de vigilante e vigiado, numa dinâmica semelhante ao panóptico destacado por Foucault (2014). Todos os recursos utilizados se tornam legitimizados pela autoridade dos órgãos e cargos que ali se posicionam para estabelecer uma verdade, não de forma direta e indiscutível ou partindo de um indivíduo que se propõem a estabelecer um material normativo, mas numa construção discursiva que dá autoridade a estes interlocutores e suas narrativas dentro de sua esfera de autoridade, delimitando quem tem voz e sobre quais critérios ela pode ser ouvida em seu lugar de fala.

Além da argumentação baseada em agências reguladoras, como a ANVISA e a ABNT, o conteúdo interativo possui também falas de profissionais que retratam suas experiências e definições a fim de consolidá-los por seu discurso de autoridade. Uma das formas de apresentação desses especialistas funciona com a inserção de vídeos de curta duração entre o texto, conforme a Figura 10 demonstra:



Figura 10 Vídeo de especialista inserido dentro do conteúdo interativo

Observando o conteúdo da Figura 10 é possível verificar a escolha do momento em que o vídeo se torna necessário, propondo uma reflexão a partir de um exemplo de conflito comum as situações em que os profissionais se deparam e utilizando como recurso a voz do especialista, em um discurso de autoridade, respondendo a questão a partir de sua experiência e indicando a diretriz que deve ser seguida, neste caso os princípios de qualidade listados no início do conteúdo textual, numa dinâmica de transferência do conhecimento. Os detalhes técnicos da utilização do vídeo nos cursos de ensino em saúde, especificamente no caso do EaD Einstein, serão analisados durante a explanação do vídeo como objeto educacional isolado, no qual apresentaremos posteriormente.

Fundamentados os conceitos através do texto sob a formatação Vancouver, a adequação da linguagem de forma dialógica para a transformação do conteúdo no

modelo de ensino a distância e a utilização de fotografias, ilustrações e vídeos a fim de reforçar os conteúdos pela representação, compactação de fluxos e voz de autoridade, conforme os exemplos ilustrados, formam a parte de apresentação do conteúdo interativo. O fechamento desse objeto educacional acontece pela interação do aluno ao responder e auto avaliar o quanto do material pode ser apreendido através dos exercícios de fixação.

Os exercícios de fixação têm como fundamento a memorização dos conceitos apresentados durante a unidade, a fim de que o aluno possa reconhecer qual a diretriz que deva ser consultada ou lembrada durante as atividades de gestão da qualidade. É importante destacar que nesse momento apenas o aporte teórico deve ser relembrado, não com o intuito de expandir a visão do aluno sobre o tema, transformando esse conteúdo com memórias e experiências da prática clínica, mas retomando aquilo que lhe é dito como verdade e referência pela sua exibição no conteúdo interativo. Outro detalhe interessante é a utilização de questões objetivas, como a pergunta de associação exemplificada na Figura 4, inibindo o leque de respostas para alternativas e caminhos pensados como opção. Seguindo esta lógica, a repetição se torna o reforço daquilo que se espera do indivíduo capacitado, englobando o discurso do profissional deste e alimentando as relações de poder consolidadas no espaço hospitalar.

8. Associe os seis princípios recomendados pelo estudo *Crossing the Quality Chasm*, do Institute of Medicine (IOM).

- 1 – Segurança do paciente
- 2 – Efetiva
- 3 – Eficiente
- 4 – Centrada no paciente
- 5 – Em tempo oportuno
- 6 – Equitativa

- ✓ Prover resultados verificando os reais benefícios das ações adotadas.
- ✓ Prover uma assistência focada nas necessidades, nas crenças e nos valores do paciente.
- ✓ Prestar a assistência de forma igualitária, independentemente de valores, raça, religião e condições socioeconômicas.
- ✓ Evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.
- ✓ Aplicar os recursos disponíveis de forma racional, obtendo-se o melhor resultado frente a um custo compatível.
- ✓ Evitar que atrasos e decisões impactem negativamente nos resultados das ações.

Comentários

Os Princípios da Gestão pela Qualidade na área da Saúde, tornam-se os verdadeiros compromissos da Organização, como metas constantes a serem perseguidas por todos os colaboradores.
Sendo assim, a relação correta da questão é: 2 – 4 – 6 – 1 – 3 – 5.

Figura 11 - Conteúdo Interativo: exercícios de fixação

Outro ponto importante na formação está na retenção dos conceitos apresentados sob a perspectiva do modelo de competências que guia o curso, se este formato esvazia os sentidos de aprendizagem para que a apreensão dos saberes elaborados ganhem força de forma parcial e circunstancial sem estabelecer relações com a realidade (RICARDO, 2010), o exercício de fixação é um importante componente do dispositivo educacional formado uma vez que o acerto ou erro do aluno indicam a este o quanto do discurso dos saberes médicos relacionados a qualidade e segurança do paciente foram memorizados e qual a sua meta para que seu poder de fala, um fala que evoca discursos prévios e não sua própria fala, seja ouvida pelos indivíduos que habitam o ambiente clínico e estão submetidos as práticas hospitalares. Dessa forma, é possível perceber que o modelo por competências funciona como ferramenta de ancoragem da hierarquia médica e dos discursos que permeiam o espaço hospitalar sob as práticas de biopoder, uma vez que o conhecimento científico aceito pela comunidade médica, o uso de linguagens próprias aos grupos especializados que se relacionam durante o atendimento e a regulação da ações e condutas através de uma vigilância aceita e realizada pelos próprios membros que estão sujeitos as determinações regulatórias são práticas construídas pelo curso, formatando o aluno a seguir condutas predeterminadas e garantir a manutenção dos dispositivos existentes na instituição hospitalar, em detrimento ao sentido dado por aprendizagem¹¹ e a interpretação crítico reflexiva do conteúdo.

Os componentes do objeto educacional “Conteúdo Interativo” citados até agora são dispostos de diferentes maneiras a partir dos objetivos educacionais propostos para o material, sendo este o material matricial da estrutura do EaD Einstein. Apesar disso, outros objetos educacionais integram a estrutura do curso com a finalidade de expandir alguns conceitos que não cabiam na sequência do texto mas são importantes para o aperfeiçoamento do profissional e para que este tenha mais apoio e convencimento de que as práticas ensinadas neste material são de fato aquilo que se espera de um profissional de gestão da qualidade na saúde.

¹¹ Neste estudo não pretendemos aprofundar os conceitos de ensino e aprendizagem, mas o sentido dado ao ensino que destoa das práticas utilizadas no objeto empírico e o uso do modelo de competências no ensino em saúde se dá por uma dinâmica entre professor e aluno que preza a troca de saberes para a reconstrução dos conceitos a partir da realidade de cada educando, já que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção (FREIRE, 1996, p. 21)”.

Dessa forma, a construção narrativa do Conteúdo Interativo parte de diferentes recursos midiáticos, tais como vídeos, gráficos, fotografias e ilustrações, além do material textual que é a base desse objeto educacional, com a finalidade de intensificar o conteúdo a partir da potencialidade que cada meio pode oferecer, desde a visão da experiência de uma autoridade por meio de vídeo até a sistematização das estruturas de vigilância sob a carapuça dos termos Qualidade e Segurança apresentadas através de esquemas, os objetos se cruzam e exploram e abordam o tema de diferentes maneiras produzindo sentidos que se complementam e argumentam os discursos apresentados pelo curso. A seguir, veremos como são utilizados os vídeos fora do conteúdo interativo.

3.1.2 Conteúdos em vídeo no EaD Einstein

Os conteúdos em formato de vídeos são normalmente os objetos educacionais mais comuns ao aluno de Ensino a Distância, usados normalmente como um recurso que possibilita aproximar a experiência do aluno ao espaço da sala de aula. Apesar da recorrência de produções dessa maneira, há pesquisas que mobilizam que o recurso audiovisual seja usado com planejamento prévio e que a potencialidade do meio de comunicação seja utilizada ao máximo, desde que esteja de acordo com a metodologia vigente e aos objetivos de aprendizagem determinados (OLIVEIRA, 2013).

Tendo em vista as diferentes possibilidades fílmicas na produção de vídeos para o conteúdo EaD, abordaremos a seguir o processo de construção atual do EaD Einstein e alguns vídeos utilizados dentro do material empírico, utilizando termos e teorias do cinema como base para auxiliar o processo de análise a partir da ótica do biopoder e do ensino por competências. Trataremos alguns aspectos técnicos a partir da observação que a mimesis II dentro de uma análise desse tipo de objeto não pode ser visualizada apenas pela enredo do vídeo, já que:

Compor uma intriga, tendo como referência os recursos estilísticos disponíveis à conformação textual, é um procedimento bastante distinto de narrar a mesma intriga a partir de recursos estilísticos audiovisuais (CARVALHO, 2013, p. 243).

A produção de um conteúdo em vídeo do EaD Einstein, visando atender a competência estabelecida, põe em foco os objetivos educacionais e seu construto sonoro

e imagético aparece como aporte das finalidades pedagógicas desenvolvidas durante a pré-produção do material (no qual são planejados roteiro, organização de materiais e cenários além dos atores e equipe técnica), denotando assim uma necessidade de integração multidisciplinar da equipe metodológica, não isolando conteúdo de sua concepção imagética e muito menos fragmentando o processo que, por consequência, prejudica a tradução das linguagens (escrita ou oral) para a versão audiovisual, como tanto vemos em videoaulas que aparentam “teatros gravados”, sem nenhuma interação ou manutenção da expectativa dos alunos aos conteúdos abordados (GERBASE, 2014).

Definida a dinâmica de aproximações para a construção de um material audiovisual efetivo aos objetivos educacionais e a importância da tradução de linguagens para conquistar o objetivo educacional utilizando a mídia em sua máxima potencialidade, é necessário também reconhecer qual abordagem mais adequada para cada conteúdo. No âmbito de funcionalidade, uma produção que simula a prática, por exemplo, abarca todos os possíveis públicos por sua estrutura que se assemelha a experiência comunicativa (diálogos, visualização de imagens por meios físicos ou digitais e a sonoridade do rádio e da música) além de reativar memórias do aluno que pertence ao espaço representado e reconhece os signos reproduzidos através desse meio.

Apesar das características aparentemente informais, o consumo de mídias audiovisuais se torna mais efetivo em grande parte dos conteúdos educativos, pelos reforços informativos em sua dinâmica que une uma estética visual e comandos sonoros que englobam as diferentes formas de recepção de cada usuário. Os sentidos produzidos no aluno a partir do conteúdo em formato audiovisual possibilitam a apropriação do conteúdo por meio das similaridades construídas sobre situações cotidianas, gerando uma resposta rápida por parte do aluno e visão sistêmica para reorganizar soluções durante situações reais. É interessante salientar que isso não ocorre de forma passiva, pois o que está sendo visualizado passa por um processo de aceitabilidade, pela influência da memória e de outros momentos em que as ações foram reforçadas como naturais, para que essa visualização do aluno pudesse causar tal apropriação, para Aumont (2009) isso integra o que este chama de verossímil:

Pode-se, portanto, dizer que o verossímil se estabelece não em função da realidade, mas em função de textos (de filmes) já estabelecidos. Deve-se mais ao discurso do que a verdade: é um efeito de corpus. Por aí, baseia-se na reiteração do discurso, seja no nível da opinião comum ou no de um conjunto de textos: aliás, é por esse motivo que é sempre uma forma de censura (AUMONT, 2009, p. 144).

Se os acontecimentos representados dentro de uma produção audiovisual são aceitos a partir dos discursos e estes por sua vez constroem uma forma de censura, mais uma vez o objeto educacional pode ser visualizado como um dispositivo de regulação da prática, com a potencialidade de explorar dessa vez os elementos narrativos (ações e uso de termos reconhecíveis ao grupo de profissionais, por exemplo) e dos elementos técnicos (enquadramento, iluminação, cenário, figurino, por exemplo) a fim de reforçar a impressão de algo verossímil e guiar esse aluno para a prática a partir do olhar do especialista.

A construção das personagens ocorre de diferentes maneiras a partir da intenção dada ao vídeo. No geral, a intenção principal é tornar os membros da equipe multiprofissional, ou seja, aqueles que conduzem suas práticas a partir das determinações médicas, em uma massa amorfa que corresponde as suas tarefas dentro do espaço clínico, identificados pelas características de sua profissão e pelas cores de seu uniforme.

Evidenciaremos a seguir dois modelos de vídeos utilizados no curso analisado onde podemos notar a intenção de retirar o indivíduo como pessoa e evocar o personagem a partir de seu papel dentro das práticas hospitalares, como por exemplo a enfermeira que, classicamente se posiciona próximo ao médico em prontidão as demandas que lhe serão dadas, realiza o manuseio de alguns equipamentos e medicações correspondendo a fala da autoridade. De forma diferente, durante a simulação de um atendimento ou situação, a figura do médico deve ser sempre associada a quem comanda e gera soluções a partir de sua presença, denotada por objetos específicos como o jaleco para diferenciação ou em casos específicos o uso de um estetoscópio ou até mesmo um posicionamento de destaque para informar através da imagem quem está no comando da situação.

Já em vídeos que promovem a fala e a experiência de um determinado especialista, diferente do vídeo que mostra a equipe multiprofissional em sua prática clínica, transforma o sujeito em um representante da comunidade hospitalar e as diferentes desmembrações de conhecimentos científicos que coabitam esse espaço, sendo majoritariamente um profissional que atua há muitos anos e reconhece os valores e as práticas aceitas dentro de sua instituição, no caso do objeto empírico os valores e

preceitos do Hospital Israelita Albert Einstein. Sendo assim, de uma forma menos evidente o personagem ainda sim é descaracterizado de sua forma como indivíduo e passa a se apresentar como uma persona de sua prática e das normatizações que o precedem e são exercidas pelo seu cargo na instituição, trocando a massa amorfa caracterizada pelo uniforme pelas informações apresentadas em letreiro que evidenciam qual sua função no espaço hospitalar, seu lugar de fala e porque se faz necessário atentar-se ao que pronuncia durante o tempo do vídeo.



Figura 12 Vídeo de Procedimento

Um dos modelos de vídeo utilizados pelo EaD Einstein é o vídeo de procedimento, que tem como objetivo demonstrar uma técnica ou processo através de uma dramatização onde pontos importantes são destacados para que o aluno mantenha o foco do que deve ser observado, utilizando textos ou locução off na edição. Dessa forma, situações cotidianas do espaço clínico tais como o atendimento de uma recepção, a preparação de um medicamento ou até mesmo um exame podem ser abordados espelhando a realidade clínica a partir da visão do especialista, que guia todo o percurso de forma direta (com os recursos já mencionados) e também pela construção da narrativa e o processo de montagem. No caso do objeto empírico, esse caminho passa pelo olhar do gestor que deve mapear as práticas e indicar pontos de melhorias e as melhores condutas, solucionando assim os conflitos que são apresentados durante o vídeo.

A partir da Figura 12, vemos o vídeo onde o centro cirúrgico e uma equipe de diferentes formações na área da saúde podem ser visualizadas. O contexto do vídeo trata de uma prática chamada Time Out, que consiste em soluções para criar barreiras de proteção durante um procedimento cirúrgico, utilizando documentos, check-lists, marcações e apoio da equipe para organizar agenda e materiais necessários para que a equipe esteja realizando o procedimento correto, nos membros indicados e com os materiais necessários à disposição, evitando assim atrasos e intercorrências que prejudiquem as condições clínicas do paciente, o tempo de uso do centro cirúrgico e gastos que extrapolam o que foi planejado.

Dado o contexto do vídeo, podemos focar em algumas questões que a Figura 12 demonstra. O uso do cenário, equipamentos e figurino das personagens já evidencia uma tentativa de construir espelhamentos com a memória do aluno por reconhecer imageticamente o espaço, dando o sentido de verossimilhança indicado por Aumont (2009). É possível notar também que a pós-produção manteve o cuidado em aproximar a temperatura de cores da uniformidade visualizada no conteúdo interativo, correspondente às cores da instituição que oferece o conteúdo, além de reforçar a propriedade desse vídeo através da marca d'água com o logo do hospital no canto superior direito da tela, demarcando o interlocutor e responsável pelas orientações quanto ao Time Out. A descaracterização das personagens para o reforço dos papéis profissionais também se tornam nítidas a partir do momento em que o uso de uniformes se torna a única forma de separar quem são os indivíduos, criando assim uma massa amorfa que corresponde aos processos hospitalares da maneira em que eles devem ser conduzidos (MECONE, 2014), outra maneira de reforçar isso ocorre pela escolha de enquadramentos que não utiliza nesse tipo de vídeo tomadas próximas ao rosto para destacar uma personagem. O que está em evidência nesse tipo de vídeo é o procedimento, agindo assim de acordo com o modelo por competências e o saber-fazer da prática clínica.

Outro tipo de vídeo existente no curso de Qualidade e Segurança do Paciente é o chamado vídeo do especialista, que consiste em um discurso breve de algum profissional que é ou representa algum órgão de referência no assunto e indica práticas a partir do relato de suas experiências. Diferente do vídeo de procedimento, esse formato tem a intenção de mostrar quem discursa e justifica esse poder de fala pelo argumento de autoridade desse profissional sobre o assunto. Ainda que uma pessoa converse com o

público, é natural que suas experiências remetam a normas e discursos anteriores, garantindo que o poder de sua fala venha da cientificidade comum a classe médica e que os ecos desse discurso mais uma vez confirmem as questões apresentadas durante os outros objetos educacionais.

Os recursos técnicos de produção desse vídeo potencializam a fala do especialista, tanto pelo enquadramento centralizado e próximo para dar mais intenção de diálogo como também pela proposta de roteiro que parte de um briefing sobre o tema a ser discutido mas que deixa a fala desse profissional solta para simular algo informal, como se fosse um conselho a ser dado por essa autoridade, como podemos ver no exemplo a seguir:

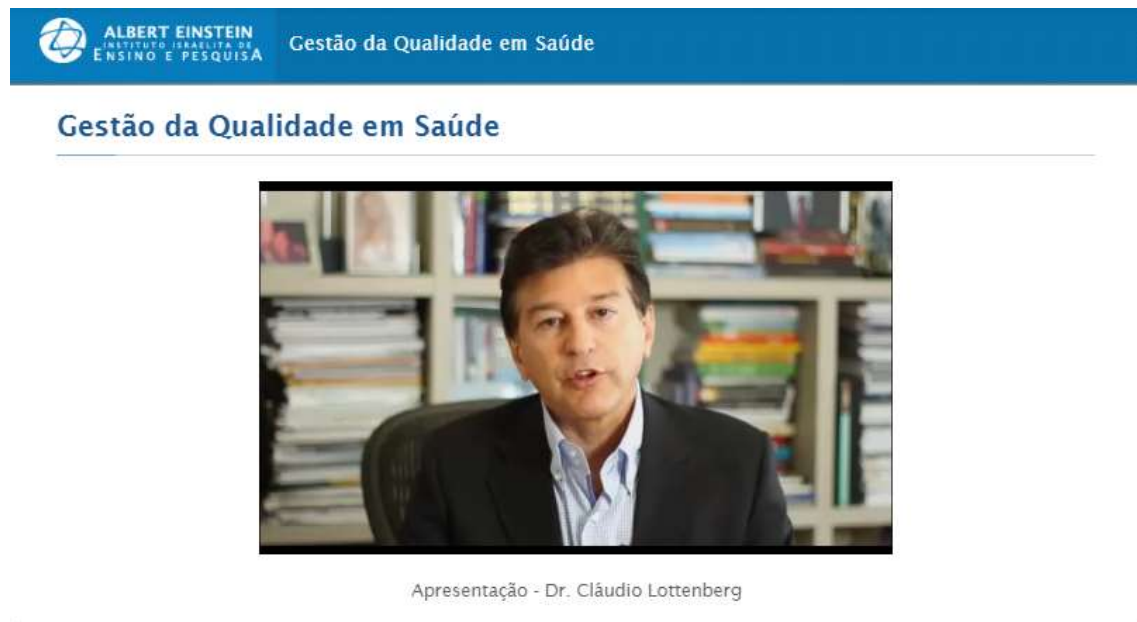


Figura 13 Vídeo de especialista utilizado na abertura do curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente

A Figura 13 representa o vídeo de abertura do curso de Qualidade e Segurança que teve como especialista o Dr. Cláudio Luiz Lottenberg, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein no momento de produção do curso. A escolha de convidar este profissional para discutir o que é qualidade para os alunos surge da sua representação como gerente máximo de uma organização que é evidenciada perante outras pelas práticas em qualidade, tendo em vista os diferentes selos e credenciamentos que dão força a esse poder fala e, durante seu discurso, são apresentadas não só os órgãos reguladores como também os princípios e valores do

hospital a fim de referenciar também que a qualidade normatizada e assegurada pelas práticas clínicas se expande para os diferentes segmentos da Sociedade, angariando assim o crédito para o próprio modelo de ensino pertencente a mesma instituição. Outro artifício do vídeo que amplia a credibilidade desse especialista é a dinâmica de montagem que tem como princípio deixar a fala natural, porém com cortes em momentos de silêncio ou erros de fala para que essa autoridade se apresente ainda mais convicta das palavras utilizadas em seu discurso.

Existem ainda outros modelos de vídeo presentes no EaD Einstein e em diferentes instituições de saúde que utilizam o recurso audiovisual como método de educação continuada, porém retrataram estratégias similares aos tipos citados alternando o poder de fala de um especialista que toma como base a cientificidade do saber médico e a prática da equipe multiprofissional em um sistema amorfo e unificado, evidenciando o processo e a conduta em detrimento as alternativas que poderiam ser dadas a esse profissional.

3.1.3 Momento de prática e reflexão

O momento de prática e reflexão é o objeto educacional que mais necessita da interação do aluno para este pratique as condutas apresentadas no curso e se posicione com o olhar do especialista que fala, tomando para si os discursos apresentados e realize as práticas que lhes são almejadas ao final do curso. O objeto educacional é dividido em três etapas: apresentação, situação-problema e conexão de ideias.

A primeira etapa consiste em sinalizar os alunos sobre as regras de interação do momento de prática e reflexão, que normalmente passam pela leitura do caso, observação dos pontos destacados, resolução das questões apresentadas e uma chamada para discussão no fórum a fim de que o tutor consolide quais atitudes foram apropriadas e como elas podem ser melhoradas (pela discussão de outras experiências ou pela indicação de leituras complementares). Esse momento visa apenas estabelecer um acordo do que é esperado do aluno e como este deve conduzir as próximas etapas.

A situação-problema é a narrativa, apresentada em formato de texto, vídeo ou quadrinhos, como o exemplo a seguir, e terá lacunas que o aluno precisa preencher ou

resolver para que o caso clínico encontre um término, seja ele bom ou ruim dentro das condições e recursos estabelecidos pela navegação.

O terceiro momento, conexão de ideias, fará um breve resumo do desfecho do caso e convida o aluno a interagir no fórum de discussões com o tutor e os demais alunos para resolver possíveis pendências do caso e espelhar suas próprias experiências a fim de regulamentar quais atitudes devem ser tomadas em sua prática dentro de uma instituição hospitalar. A seguir, detalharemos o momento de prática e reflexão utilizado no curso de Qualidade e Segurança do Paciente, sabendo que esta solicita ao aluno que trabalhe como um consultor de qualidade e verifique como os processos dentro do hospital fictício San Marino estão sendo conduzidos.



Figura 14 - Apresentação do estudo de caso

A narrativa proposta é estruturada de forma linear, tendo como foco o encadeamento das imagens e sua composição fotográfica para visualização das situações, onde o aluno é convidado a investigar, junto a personagem da consultora, quais as ações dos funcionários, evidenciando práticas consideradas incorretas e visualizando o nível de satisfação dos pacientes sobre tais práticas. Cena a cena, a narrativa percorre alguns ambientes do hospital fictício buscando situações assistenciais

comuns e construindo, dentro do imaginário do aluno, o passo a passo de cada técnica ou processo executado.

O processo de decodificação da narrativa consiste na observação dos elementos que compõe a cena, os signos presentes no material analisado podem ser melhor entendidos a partir do conhecimento dos protocolos e técnicas normatizadas pelos órgãos de saúde. Dessa forma, a memorização do discurso clínico e sua aceitação são primordiais para o entendimento da narrativa e da proposta dada ao aluno, a mídia elegida (história em quadrinhos) garante o funcionamento do dispositivo, como demonstra Eisner (1999) ao falar sobre a composição da arte sequencial:

[...] O quadrinho tenta lidar com os elementos mais amplos do diálogo: a capacidade decodificadora cognitiva e perceptiva, assim como o visual. O artista, para ser bem sucedido nesse nível não verbal, deve levar em consideração a comunhão da experiência humana e o fenômeno da percepção que temos dela, que parece consistir em quadrinhos ou episódios (EISNER, 1999).

Logo em seu prólogo, a narrativa explora uma contextualização estatística para referenciar ao aluno quais dados são importantes para a necessidade de promoção de mudanças e de uma vigilância mais efetiva, trazendo dados de queixas dos pacientes, correspondente a área de ação 2 das metas elaboradas pela OMS, erros nos processos hospitalares, conforme a ação 3 do mesmo órgão além disso, um dado interessante que discretamente modela a ótica sob a qual o aluno deverá se guiar é a de que o Hospital San Marino é uma instituição privada.

Tal como observa Foucault, na lógica de modernização da organização hospitalar e as políticas que construíram as instituições privadas de saúde englobam sobre o discurso de centralização do exame, diagnóstico e individualização do paciente uma lógica que exalta o saber médico enrustido pelo interesse econômico como qualquer outra corporação submetida as leis do mercado (FOUCAULT, 2015).

Um elemento utilizado abundantemente na narrativa é o exagero nas expressões dos personagens, verifica-se que nos momentos de controvérsia da prática a consultora observa com olhar de espanto ou até mesmo indignação como um reforço de que a atitude está incorreta, deixando a lacuna de interpretação para o aluno que previamente já foi alertado pelo discurso de que as práticas são de uma forma protocolada e cabe a ele ter uma mobilização de agente da ordem ou resistir aos velhos hábitos. Outro índice

comentado no prólogo e reforçado pela expressão é a insatisfação dos pacientes, que aciona o dispositivo através do confronto normativo da estatística abordada e também amplifica o sentido de que não é apenas a verificação do especialista que vigia o ato dos profissionais, colocando em atrito os poderes de conhecimento do cuidado e satisfação do atendimento. É notável que a avaliação dos diferentes indivíduos que interagem se categoriza não simplesmente do conhecimento técnico do profissional como também doutrina sua forma de se expressar dentro da instituição. Tal fundamento se relaciona com a visão do sujeito retratado por Foucault, no qual observa que as interpelações dos discursos constroem identidades durante as práticas de poder em uma ação de “sequestro” destas pessoas (ALVAREZ, 2015).

Outras relações de poder são confrontadas pelo estudo de caso, esmiuçando a própria hierarquia institucional de forma a reforçar os posicionamentos e papéis de cada profissional. A figura abaixo demonstra uma discussão sobre informações ausentes entre um médico e uma enfermeira, a hierarquia está exposta sobre diversos elementos imagéticos: a vestimenta, onde o médico utiliza roupa social enquanto a enfermeira está com um uniforme indicativo de sua categoria profissional (nesse caso rosa); a expressão corporal dos personagens, um confrontando para receber a informação e outra pedindo espaço para organizar a demanda; e os adereços que reforçam as demandas, onde o médico por ser responsável pela cura do paciente tem interesse na informação, enquanto a enfermeira sob a habilidade de auxílio também administrativo é responsável pela organização de dados e pela comunicação do setor. O uso de profissionais com alturas assimétricas na imagem também reforça um elemento simbólico da hierarquia, onde é possível notar que a enfermeira se encontra retraída olhando levemente para cima para responder ao médico.

Outras situações estão presentes na narrativa e reforçam olhares semelhantes acionando os discursos de prática e vigilância sempre sob a máscara da inteligibilidade através da interpretação, mesmo que a composição imagética já destaque quais são os pontos a serem evidenciados. O formato subjetivo da narrativa que posiciona o aluno no papel de investigador da prática trabalha com não simplesmente com a questão de mudança atitudinal, como também submete esse olhar na prática com o fetiche do lúdico e a recompensa de dever cumprido através do incentivo da notificação de erros. A visualização de atitudes erradas promove a doutrinação não simplesmente da atitude

correta da prática, mas também do comportamento dentro da instituição sob o alerta de vigília, de forma panóptica, sobre as normas e estatísticas regulamentadas.

Dessa forma, o estudo de caso apresenta dentro de sua estrutura um sofisticado dispositivo comunicacional que desenvolve uma narrativa com elementos que impactam o aluno pela verossimilhança com a prática, deixando ainda lacunas para a interação a partir dos objetivos educacionais declarados. No caso do objeto empírico, essa narrativa é construída com mais intensidade pela sequência de imagens e expressões das personagens, indicando o que vem a ser uma conduta adequada ou não na prática hospitalar, além da escolha dos enquadramentos que conferem ao aluno uma posição de observador das práticas, tal como a protagonista consultora, e da proposta educacional para que esse aluno liste as condutas e proponha novos processos para sanar as atitudes consideradas errôneas nas práticas de Qualidade e Segurança do paciente.

Foram apresentados alguns dos objetos educacionais presentes no curso de Qualidade e Segurança do Paciente e foi possível identificar alguns recursos utilizados para disseminar o discurso do saber médico e como estes objetos funcionam como dispositivos disciplinares das práticas hospitalares, a tabela a seguir tem como intuito sintetiza-los a partir de seu tipo de estratégia narrativa e os efeitos de sentido produzidos:

Tipo de estratégia narrativa	Elemento	Efeito de sentido
Inferência	Texto do conteúdo interativo	Como conteúdo interativo é material base para a construção dos modelos comunicacionais presentes no curso, a inferência tem como finalidade conduzir o aluno aos resultados e conceitos julgados como verdadeiros e corretos, deixando ainda deduções que serão novamente abarcadas pelas demais mídias que compõe o conteúdo interativo.

Construção de personagem	Fotografias do conteúdo interativo/ vídeo do conteúdo interativo	As fotografias e vídeos utilizados dentro do conteúdo interativo funcionam como reforços da hierarquia hospitalar, caracterizando alguns personagens pela sua profissão e pelas ações e limites de sua prática clínica.
Sintetização	Esquemas e fluxos	Após a estratégia de inferência, as condutas justificadas como verdadeiras são sistematizadas em resumidas através de esquemas e fluxos que transformam os conceitos em um modelo prático e disciplinado para o aluno seguir.
Dialogismo e autoridade	Vídeo	Pela simulação do diálogo construída pelo olhar direto a câmera, cria-se uma reflexão a partir de um discurso em que o profissional preenche as dúvidas que ele mesmo propõe, utilizando sua experiência, a posição que ocupa em um espaço hospitalar e a marca que representa.
Articulação temporal	Momento de prática e reflexão	Utilizando uma narrativa ficcional com a finalidade de atingir a memória e a identidade que o aluno possui em sua prática clínica, a articulação temporal é inserida nesse objeto com a finalidade de simular a experiência sob a ótica do discurso promovido durante o curso. A experiência narrativa se apresenta deixando lacunas temporais que o aluno deve desenvolver em sua leitura e interagir conforme a proposta educacional
Polifonia	Material complementar	A multiplicidade de materiais reforça, pela sua escolha e localização, os discursos desenvolvidos durante os outros objetos educacionais, legitimando cientificamente os argumentos

		apontados.
--	--	------------

Tabela 1 - Tipos de estratégias narrativas utilizadas nos conteúdos audiovisuais do curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente

3.2 Processos discursivos do curso de Qualidade e Segurança do Paciente e lugares de fala

A necessidade de desmembrar os objetos educacionais que constituem o curso de Qualidade e Segurança do paciente para que sejam visualizados não só o conteúdo como também os processos de legitimação das informações através dos diferentes formatos comunicativos presentes nesse dispositivo educacional acontecem para que a análise não trate os discursos apenas como um encadeamento de signos, tal como afirma Foucault (1986):

[...] gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. [...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 1986, p. 56).

A partir da análise de como os discursos do saber médico e do modelo de competências são representados no ensino em saúde, é possível denotar que, sob a máscara educacional, as concepções de qualidade e segurança do paciente são apresentadas para o grupo de alunos com uma argumentação a favor da manutenção das práticas e condutas hospitalares vigentes, tanto aos aspectos hierárquicos quanto ao poder de fala dado ao especialista, a partir de ferramentas de gestão e da necessidade imposta em regularizar práticas para que qualquer ação considerada irregular possa ser “eliminada, reduzida, retida ou transferida” da prática clínica e do ambiente investigado. Esse processo, garantido sob a forma do ensino por competências, reveste as práticas de controle em detrimento aos sentidos dados por aprendizagem, como dito pela ótica de

Paulo Freire, inibindo uma visão crítico reflexiva do conteúdo uma vez que os pontos argumentados desenvolvem saberes da prática circunstancialmente ao que compete aos alunos realizarem.

Se nas normas de formação médica, conduzidas e influenciadas em grande parte pelo relatório Flexner, normatizam quais saberes podem ser divulgados e quais indivíduos podem ter acesso a tais informações, a especialização em qualidade garante sobre diferentes medidas que as práticas clínicas sejam formalizadas através dos processos e da vigilância das ações dos profissionais meios para que os dispositivos presentes no espaço hospitalar sejam aceitos pela equipe e autogeridos pelos mesmos uma vez que a aceitabilidade do saber científico e das regras impostas são organicamente aceitas como verdades. Da mesma forma, o desenvolvimento curricular da graduação em enfermagem que vê como diretriz a visão sistêmica do espaço e dos materiais com a finalidade de prover e prever o atendimento para a condução médica garante o assujeitamento dos indivíduos, diretamente ligado as práticas constituintes do biopoder.

É importante ressaltar que tais conduções não acontecem de forma silenciada, uma vez que diferentes abordagens são utilizadas para o convencimento deste aluno para atuar conformes as práticas apresentadas no curso. O próximo capítulo, que tem como base a mimesis III ou o momento de reconfiguração, tem como intuito observar como a construção discursiva desse material se formata para um possível receptor, o leitor-modelo deste conteúdo.

4. CAPÍTULO III – A REFIGURAÇÃO NARRATIVA

Neste capítulo discutiremos as questões de reconfiguração, correspondentes a ideia de *mimesis* III de Paul Ricoeur, utilizando como base a perspectiva do Leitor-Modelo de Umberto Eco já que a presente pesquisa não tem como intuito analisar o campo de recepção do curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente, objeto empírico de análise. Dessa forma, o capítulo tem como estrutura um levantamento do que é o leitor-modelo e como ele se conecta a ideia de reconfiguração narrativa, logo após uma discussão sobre o cenário comunicacional contemporâneo visando as questões de convergência e do uso das mídias no ensino em saúde e, por fim, compreender como são articulados os processos de interação no curso analisado.

4.1 Refiguração narrativa a partir do leitor-modelo

Ao pensar nos momentos de interação entre aluno e curso, devemos repensar em como a construção do curso permite que as ideias discutidas se tornem um processo de aprendizagem, não simplesmente pela transmissão de informações como também pelas dinâmicas de interação que esperam que os estímulos dados pelo conteúdo retornem através da participação do aluno.

Para Ricoeur, o momento da *mimesis* III está ligada a *mimesis* II por trazer a narrativa configurada ao tempo de ação novamente, com isso ele pretende dizer que é a partir da leitura dessa narrativa que os conteúdos são refigurados por uma intervenção da cultura, regras e visões de mundo de um leitor em seu recorte temporal. Dessa forma, “o ato de leitura é assim o operador que une *mimesis* III a *mimesis* II. É o ultimo vetor da refiguração do mundo da ação sob o signo da intriga (RICOEUR, 2016, p. 132)”.

Com essa ampla definição do momento de refiguração narrativa, unimos esse momento de análise ao conceito do Leitor-Modelo, dado por Umberto Eco, para evidenciar esse leitor dentro do seu recorte temporal e sob as influências que são determinadas pelo tipo de material analisado para encontrar os potenciais de interação do conteúdo com a *mimesis* III. É importante reafirmar que, a presente pesquisa não tem como intuito realizar um estudo de recepção e dessa forma o alcance da *mimesis* III recorre ao leitor imaginado do objeto empírico.

Para Eco (1993) o texto é formado com algumas lacunas que possibilitam a interação de seu leitor a partir do complemento dado por este através de suas competências prévias que são capazes de decodificar os termos que lhes são apresentados e para a criação dos sentidos de forma completa, sendo estes o entendimento do idioma ou de termos usados na escrita, por exemplo. Entendendo desta maneira o texto como incompleto, por conta das lacunas e previsões da capacidade de decodificação do leitor a partir de suas memórias e textos passados por esse, Eco evidencia que o texto é construído tendo geralmente como base um leitor-modelo, aonde os discursos serão direcionados e a argumentação parte de determinados pressupostos para que o convencimento e a interpretação se tornem coerentes aos objetivos do texto criado.

[...] um texto postula o próprio destinatário como condição indispensável não só da própria capacidade concreta de comunicação, mas também da própria potencialidade significativa. Em outros termos, um texto é emitido por alguém que o atualize – embora não se espere (ou não queira) que esse alguém exista concreta e empiricamente. (ECO, 1993, p. 37).

As lacunas de informação completadas pelas competências e a caracterização imaginada do leitor surgem para que a dinâmica interativa legitime a cada leitura os discursos presentes na narrativa e que consolide suas informações como práticas viáveis a esse leitor. A aceitabilidade do discurso formado é um dos focos para a criação de um leitor-modelo, assim como a própria figura do emissor corresponde a outro imaginário que solidifica seu argumento a partir de sua representação e identidade apresentadas no conteúdo.

Observando o objeto empírico de pesquisa e compreendendo o texto como incompleto, dentro dos parâmetros dados por Eco, e que o leitor deve ser considerado um operador, pois deve reconhecer os diferentes termos e signos que lhes são apresentados, podemos perceber que, no caso do objeto empírico o curso de Qualidade e Segurança do paciente do EaD Einstein, as narrativas que compõe o processo comunicacional do curso se delimitam a um público restrito, uma vez que além da formação em saúde esse profissional leitor deve possuir competências organizacionais e administrativas para compreender os termos, imagens e exemplos que são encadeados durante o material. Dessa forma, o reconhecimento do que é básico para o desenvolvimento do aluno no curso necessita que o leitor reflita a partir de suas memórias da prática assistencial bem como das competências aprendidas durante sua

formação universitária, essa ação já é um fator que delimita quem pode ou não realizar o curso e a partir de que momento este leitor/aluno estará apto a compreender as situações propostas nas atividades e momentos de interação, resultando em uma avaliação formal e certificação para gerir setores de Qualidade e Segurança do paciente em instituições hospitalares.

O vocabulário científico, a segmentação dos grupos através dos saberes de sua formação, a escolha de quem tem direito de fala e acesso às informações são comuns as instituições hospitalares pela organização hierárquica de seus profissionais e a discursividade que autoriza tais relações de poder, são exemplos de quais influências determinam como será construído esse leitor-modelo do curso de Qualidade e Segurança, tais preceitos formam a linguagem utilizada e como deve ser compreendida e alguns momentos da narrativa demonstram como isso é aplicado. Outro recurso utilizado pelo EaD Einstein surge da escolha da linguagem dialógica utilizada nos objetos educacionais, isso se torna uma estratégia de manutenção da expectativa e da interação com o leitor uma vez que a partir do diálogo simulado e as lacunas de informação que são preenchidas pelo aluno o estimulam a imergir no conteúdo e a corresponder com as informações que lhes são apresentadas.

Um dos momentos do processo comunicacional que evidenciam as competências necessárias ao leitor modelo é o vídeo de especialista que, como descrito no capítulo 2, tem como objetivo apresentar a voz de uma autoridade, seu discurso e a validação de sua argumentação a partir de seu lugar de fala. Nesse formato, vemos a necessidade de reconhecer a posição profissional que o especialista ocupa dentro de uma instituição hospitalar, bem como os termos utilizados e, principalmente, o reconhecimento de situações descritas por quem fala, esses alguns exemplos de quais conhecimentos já devem estar solidificados no leitor/aluno modelo para que este possa ter novas orientações a partir dos vídeos de especialista.

Dessa forma, podemos compreender que o leitor modelo do curso de Qualidade e Segurança do Paciente deve possuir formação em saúde, experiência profissional dentro de uma instituição hospitalar e conhecimentos de gestão ou ocupar cargos de liderança nesse espaço, excluindo assim profissionais formados sem experiência, técnicos de enfermagem ou outros cargos que não lideram ou fazem gestão de uma equipe e, naturalmente, pessoas sem formação em cursos de saúde.

Além das premissas, esse aluno necessita ter recursos mínimos para ingressar no curso. Por se tratar de um curso a distância, torna-se necessário algum equipamento eletrônico com navegação através da internet (seja um tablet, celular ou notebook, por exemplo) e com recursos de áudio para que os vídeos possam ser ouvidos, além de habilidades de navegação para que este não se perca dentro da plataforma educacional.

A este aluno também se torna necessária a aceitabilidade do conhecimento dos conteúdos apresentados, justificados pelo saber científico dos autores e pela instituição que assina o curso, entendendo que o discurso de autoridade evocado por estes deva ser aceito como verdade e que a partir das práticas reguladas e ensinadas em todo o processo comunicacional devam ser ajustadas a sua realidade e conservadas para atingir um respectivo “sucesso” profissional. A todo momento são evocadas normas, certificações e profissionais que obtiveram resultados considerados positivos e é a partir de um espelhamento que esse leitor modelo guia sua conduta na prática. A cada objeto educacional, esse constructo que simula uma formula do sucesso na gestão hospitalar constrói novas aspirações e solidifica conceitos utilizando a linguagem que mais surta efeito nesse aluno, seja o conceito de um determinado termo através de texto, a apresentação de um artigo que solidifique a fala apresentada, um vídeo que simule situações clínicas ou um fluxo que consolide qual processo deve ser realizado pelo aluno e futuro gestor, por exemplo, são encadeados para argumentar de diferentes maneiras e capturar esse aluno a fim de que este realize as práticas hospitalares conforme os parâmetros apresentados no curso.

A seguir, veremos como as questões de convergência midiática, sua performance na educação por competências e como o encadeamento das diferentes linguagens de mídia unificam e potencializam o discurso do ensino em saúde em prol as normas e condutas vigentes do espaço hospitalar.

4.2 Convergência midiática no ensino em saúde

As possibilidades de interação e dinâmicas narrativas construídas pela convergência midiática apresentam-se com as mais diversas finalidades. Por exemplo, informações podem ser construídas através de conteúdos híbridos que possuem fundamentos educativos porém operam sua dinâmica com o público em uma abordagem

semelhante a conteúdos de entretenimento, ou documentários podem mostrar aos seus receptores diferentes óticas do tema elegido a partir de conteúdos que trabalham com a imersão e simulação interativa diversificando os cenários discutidos no projeto.

As formas de consumo das mídias atuais difundem não apenas momentos de descontração, mas criam também dinâmicas cognitivas mais complexas e geram possibilidades maiores de interação e resposta a cada novo produto midiático.

A quantidade ilimitada de conteúdos que diariamente interpelam os consumidores de mídia criou conexões que se tornam cada vez mais personalizadas e o consumo fragmentado de cada plataforma pode dificultar a “fidelidade” de um público a uma produção. O relacionamento do público com as informações codificadas em diferentes mídias e sua possibilidade de resposta e expansão do universo narrativo é uma dinâmica interessante para o momento de convergência e é este poder de propagação que mantém as produções em destaque no fluxo midiático (JENKINS, GREEN e FORD. 2015).

Apesar de impulsão tecnológica para a integração dos meios de comunicação, um ponto reforçado é a questão de qual relevância a tecnologia possui sobre a convergência e os novos formatos narrativos. É importante ressaltar que a história tem papel mais forte do que o meio que a sustenta, uma vez que a construção do universo transmidiático está relacionada diretamente ao encadeamento narrativo das produções e quais as possibilidades de expansão e interação a partir das necessidades e anseios de seus receptores, tal como afirma Jenkins:

A convergência não ocorre por meio de aparelhos, por mais sofisticados que venham a ser. A convergência ocorre dentro dos cérebros dos consumidores individuais e em suas interações sociais com outros. Cada um de nós constrói a própria mitologia pessoal, a partir de pedaços e fragmentos de informações extraídos do fluxo midiático e transformados em recursos através dos quais compreendemos a vida cotidiana (JENKINS, 2008, p. 30).

Os modelos de atualização educacional percorrem diferentes metodologias de ensino que por vezes se integram aos novos formatos midiáticos, encadeando diferentes mídias e espaços de discussão a fim de utilizar cada recurso em seu potencial máximo alternando teoria e simulações da prática a partir dos objetivos educacionais propostos.

No formato por competências, utilizado no objeto empírico desse estudo, os recursos audiovisuais se tornam atraentes pela necessidade de treinar o aluno a

fundamentos da prática, ora descrevendo funções que são determinadas pelos autores e atendidas pelo grupo de estudantes, ora apresentando como as práticas devem ser realizadas, construindo uma aprendizagem focada no saber-fazer e especializando o aluno para que este torne-se presente dentro de um determinado grupo que acompanha os saberes treinados.

As práticas de ensino em saúde trabalham em sua educação continuadas a visão sistêmica dos serviços hospitalares e a união do conhecimento técnico com a atitude investigativa para conduzir o paciente a um tratamento adequado. Se durante a formação acadêmica os conhecimentos são trabalhados a partir do estudo separado dos sistemas anatômicos e a conduta se dá por meio de bifurcações guiadas pelos sintomas, a atualização das especialidades se forma com a união das diversas ciências estudadas durante a graduação para a construção do raciocínio sistemático a cada paciente ou situação enfrentada na rotina hospitalar.

A formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas de saúde (CHIESA, NASCIMENTO e BRACCIALI, 2007).

A partir das condições biologicistas da formação em saúde e da necessidade constante de treinamentos e atualizações para uniformizar a prática clínica e desenvolver nos alunos uma visão sistêmica de atuação no espaço hospitalar, o uso de diferentes abordagens educacionais, inclusive os meios digitais e a promoção de diversificados comunicados e materiais de referência, se tornam atitudes constantes das instituições hospitalares a fim de disciplinar de forma justificada o posicionamento e ação dos profissionais a partir de seu treinamento.

No caso do objeto de pesquisa, o curso de Qualidade e Segurança do Paciente, foi elegida a modalidade de atualização a distância, em um conteúdo oferecido exclusivamente no formato virtual e que em sua composição mescla diferentes formatos de mídia a fim de desenvolver a competência de gestão e foco em segurança.

O encadeamento dos diferentes objetos educacionais surge numa proposta de intercalar conceitos, fala de um especialista, atividades que simulem a prática clínica e o compartilhamento de ideias sob a supervisão de um professor tutor que resolve possíveis dúvidas e consolida os processos comunicacionais anteriores através de um fórum de discussões. A estrutura do curso e posicionamento das mídias respeitam uma

lógica semelhante, mas permitem como uma possibilidade interativa ao aluno, a visualização na ordem preferível a este. Tal como apresentado na figura abaixo:



Figura 15 - Mapa do curso e os diferentes objetos educacionais que o compõe

O encadeamento das diferentes mídias apresenta alguns potenciais que se aproximam da lógica convergente indicada por Jenkins e, criam em seu universo

temático potenciais imersivos, coerência entre os objetos educacionais, de aprofundamento e expansão do tema, de forma simplificada a serialidade de seu conteúdo a partir da progressão do curso, além da necessidade de uma performance do aluno em todo o processo comunicacional a fim de garantir que os discursos apresentados estão consolidados e aceitos para a prática profissional deste aluno. A seguir, os elementos de interação citados serão discutidos com maior profundidade.

4.3 Articulações dos processos de interação no curso de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Compreendendo o curso de Qualidade e Segurança do Paciente como um encadeamento das mídias em torno de um universo narrativo apresentado em uma plataforma educacional, podemos inferir que os processos comunicacionais dessa dinâmica correspondem as premissas de um material que se alinha as questões de convergência midiática e também a alguns formatos digitais de narrativa. Espelhando esse material a algumas premissas da Narrativa Transmidiática (NT), podemos compreender como são articulados os processos de interação no curso e quais as potencialidades de construção de um fluxo midiático mais interativo e atrativo ao grupo de alunos. É importante reforçar que o estudo não tem como intenção investigar ou afirmar que o curso se utiliza da NT para sua formação, mas utilizaremos algumas das premissas indicadas por JENKINS (2009) para espelhar e compreender esse processo nos encaixes de narrativas construídas em formatos híbridos.

Os processos de interação do curso de Qualidade e Segurança podem ser espelhados a algumas premissas dadas por Jenkins quanto a construção de um universo narrativo composto por diferentes linguagens e formatos midiáticos. Entre os princípios por ele dado, verificaremos cinco elementos desde seu conceito até as articulações realizadas no objeto analisado, sendo estes a imersão, a coerência, a profundidade e expansão, a serialidade e a performance.

A imersão, como já se espera, está relacionada à exploração do público sobre o universo narrativo sobre as diferentes produções e adquirindo conhecimentos de forma aditiva. No curso de Qualidade e Segurança do Paciente podemos notar que o mapa de objetos já produz uma ideia de como o material pode ser explorado e, a partir da escolha

individual de navegação, o aluno tem a possibilidade de explorar todo o conteúdo de forma personalizada. Nesse contexto, algumas extrações também podem ser feitas como visualização sistêmica dos espaços profissionais e o recorte de fluxos, protocolos e outros materiais com respostas a prontas a cada situação.

Sob o simulacro de escolha do que será visualizado e a ordem em que este material será visualizado, é possível construir uma interação com o aluno facilitando sua aceitabilidade ao conteúdo e, como consequência, a extração do que está disponível e resumido para uma condução semelhante na prática clínica.

Em relação a coerência do universo narrativo, deve-se compreender como será a visualização dos diferentes fragmentos midiáticos presentes no curso e suas conexões com outras mídias que habitam esse mesmo espaço, no caso do objeto de análise a plataforma educacional. Dessa forma, o aluno tem a possibilidade de interagir a múltiplas facetas do universo elegido, visualizando o contexto e os problemas desenvolvidos sob diferentes perspectivas.

Como essa grande variedade de narrativas multiformes demonstra, as histórias impressas e nos filmes estão pressionando os formatos lineares do passado, não por mera diversão, mas num esforço para exprimir uma percepção que caracteriza o século XX, ou seja, a vida enquanto composição de possibilidades paralelas. A narrativa multiforme procura dar existência simultânea a essas possibilidades, permitindo-nos ter em mente, ao mesmo tempo, múltiplas e contraditórias alternativas. Seja a história de múltiplas um reflexo da física pós-einsteiniana, ou de uma sociedade secular assombrada pela imprevisibilidade da vida, ou de uma nova sofisticação no modo de conceber a narração, suas versões alternadas da realidade são hoje parte do nosso modo de pensar, parte da forma como experimentamos o mundo (MURRAY, 2003, p. 49).

Apesar da potencialidade na utilização do princípio, o encadeamento das mídias de forma coerente possibilita ao conteúdo uma sequência de variáveis possíveis, limitadas ao problema e não as múltiplas funções e perspectivas do contexto. Reforçando os conceitos e os apoiando através de diferentes abordagens narrativas, sem deixar de impor uma única visão e solução aos problemas apresentados.

No curso de Qualidade e Segurança do Paciente a ideia de coerência pode ser visualizada a partir da sequência de objetos que, em forma textual apresentam conceitos e um fluxo de como devem ser investigadas condutas fora das normas vigentes na prática assistencial, logo após vemos um vídeo sobre a importância de uma vigilância constante em um procedimento cirúrgico e por fim, um estudo de caso em formato de história em quadrinhos onde a sequência de imagens e as expressões da personagem evidenciam falhas no atendimento e organização e dão ao aluno a tarefa de reportar o

que está errado e sugerir a partir dos materiais e ferramentas de pesquisa como as condutas podem ser novamente reorganizadas e normatizadas. Podemos perceber nessa sequência que, apesar das diferentes abordagens narrativas que seguem uma coerência entre os objetos educacionais, não existem verdadeiramente uma discussão sobre o assunto ou perspectivas que demonstrem outros caminhos para a realização de trabalhos na gestão de Qualidade. Dessa forma, um único ponto de vista é abordado e constantemente argumentado para a replicação de tais atitudes na prática profissional, mais uma vez seguindo a lógica da competência e focando no saber-fazer do aluno.

Em relação a profundidade do processo comunicacional que, assim como é pensando para o entretenimento, se refere a possibilidade e planejamento de imersão do aluno no universo narrativo formado, sobre diferentes conteúdos que estão fragmentados em múltiplas linguagens e mídias, amplificando as informações através de diferentes abordagens. A exploração do aluno permite um conhecimento novo a cada produção, mesclando abordagens teóricas e práticas e diversificando a forma como o aluno interage com a informação. Podemos compreender assim que, a cada camada de conteúdo passada pelo aluno, um novo grau de especialização é alcançado com a finalidade de inserir esse profissional em seu nicho específico, incitando-o a aceitar os discursos que lhes são apresentados e reproduzi-los a fim de se tornarem agentes de vigilância das práticas assistenciais, ora submetidos as condições hierárquicas que mantem as relações de biopoder no espaço hospitalais, ora mantenedores dessa condição pela posição que ocupam e os lugares de fala tomados por esse discurso.

A serialidade do conteúdo utiliza como fundamento a progressão do conhecimento do aluno através da expansão do universo narrativo. É interessante pensar na multiplicidade de perspectiva sobre um tema, mas é fundamental para evolução do saber e da manutenção da expectativa de crescimento do aluno. A continuação prevista e os desfechos que concluem e organizam o raciocínio são mecanismos que ativam um suspense e o fomento de discussões e criações refletidas nos conteúdos que são apresentados aos alunos e aceitos como verdade. A certificação desse modelo funciona como um método de ascensão etapa a etapa a classificação de especialista.

O último princípio destacado por Jenkins se refere à questão da participação do público, chamando-o de performance. Tal elemento, inquestionavelmente essencial a um projeto educacional, trabalha diretamente com os sentidos criados no aluno de modo

que a teoria e simulação realizada durante o consumo das mídias tenha respostas práticas e atribua a sua rotina as informações adquiridas. Nesse momento é possível visualizar o aluno no centro do universo narrativo, com poderes de interação e expansão, relacionando o espaço educativo com a sua visão sobre o cotidiano. Trabalhando também como um gatilho de dupla função, uma vez que este pode ser limitado as opiniões predispostas no conteúdo ou levado a interações que desloquem sua participação para diferentes contextos e crie dinâmicas de interação mais colaborativa.

Tais articulações nos processos de interação do curso funcionam a partir da premissa de que o aluno corresponda ao leitor-modelo idealizado. Lembrando que este deve ter experiência na prática assistencial, formação em um curso de saúde, conhecimentos em gestão ou organização de equipes e habilidades com recursos tecnológicos que utilizem a navegação pela internet além, naturalmente, de possuir um equipamento com essas características. Pensadas as competências desse aluno idealizado, toda a argumentação se torna direcionada a este aluno a fim de submetê-lo as condutas normatizadas pela instituição hospitalar e torna-lo especializado pela apropriação dos discursos apresentados. A especialização do gestor através do curso de Qualidade e Segurança do Paciente mobiliza o profissional a identificar de forma sistematizada condutas que fogem ao que é aceito como ideal e mobilizada este indivíduo a vigiar, reconhecer e suprimir possíveis atritos que aflijam as atividades e relações preexistentes no contexto hospitalar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos três momentos de configuração da narrativa fundamentados pelos estudos de Ricoeur (2016) foi possível perceber quais os mecanismos de legitimação das práticas hospitalares e como tais discursos se tornam presentes e reproduzíveis através de materiais de educação continuada.

Dessa forma, a aceitabilidade do curso e sua adesão por parte dos alunos para que as práticas ensinadas sejam produzidas dentro dos espaços hospitalares é possibilitada pelos diferentes mecanismos que reforçam conceitos apresentados durante a formação, simulam as práticas conforme a memória do profissional em sua rotina e argumenta, a partir da base científica do saber médico, a posição hierárquica e seu lugar de fala durante os processos e procedimentos hospitalares.

A reflexão dos mecanismos de pré configuração da narrativa presentes no curso evidenciaram como o modelo de ensino por competências, a hierarquia do saber médico dentro da instituição hospitalar e as práticas e micro resistências da enfermeira fundamentam as legitimações discursivas presentes no curso e quais efeitos possuem nas atividades profissionais de saúde. Desde a formação em medicina e enfermagem, direcionada a atuações distintas, como também a consolidação do modelo competente que foca no saber-fazer, para a atualização profissional, é possível denotar que a educação presente nas profissões de saúde é um dispositivo normatizado para manutenção dos poderes dentro dos espaços hospitalares.

Por se tratar de um curso de gestão sob os termos de Qualidade e Segurança do Paciente, a motivação do aluno em compreender os procedimentos de vigilância se torna um dos objetivos do curso, a fim de que qualquer procedimento ou atitude da equipe que fuja das práticas normatizadas sejam investigados e reorganizados a fim de manter os padrões das atividades assistenciais. Para isso, os processos comunicacionais que compõe o curso recorrem a estratégias narrativas a fim de intensificar o convencimento desse aluno.

Entre as estratégias utilizadas no curso podemos destacar a inferência (no conteúdo interativo) com a finalidade de criar deduções a partir dos exemplos dados aos alunos, a construção dos personagens (nas fotografias e vídeos) caracterizando a equipe como uma massa amorfa em função a hierarquia hospitalar em detrimento ao indivíduo

que realiza a prática assistencial, a sintetização (fluxos e esquemas) que modelam os conceitos em um passo a passo prático e reproduzível nas atividades profissionais, dialogismo e autoridade (vídeos) a fim de fundamentar a voz de quem representa uma prática normatizada, a articulação temporal (momento de prática e reflexão) com as simulações e exercícios que espelham a realidade da prática profissional e, por fim, a polifonia (material complementar) que utiliza bases científicas para articular seu discurso como uma verdade.

Além das estratégias narrativas que organizam o discurso e o legitimam através do processo comunicacional, outra base do curso se fundamenta pela idealização de um leitor modelo, com características e competências funcionais as finalidades do curso, tornando-o um indivíduo receptivo aos discursos e com potencial para reproduzi-los e articula-los em seu lugar de fala. A interação dada a esse modelo de aluno funciona a partir das lacunas e propriedades digitais que formatam o curso, certificando que o dispositivo educacional está constantemente presente e funcional na fundamentação de seu discurso.

É importante reafirmar que neste estudo não foi possível esgotar os mecanismos de legitimação presentes no ensino em saúde, uma vez que o discurso não se fecha por sua análise, pois é construído a partir de práticas aceitas pela sociedade em seu recorte temporal (ORLANDI, 2003). Dessa forma, analisamos e evidenciamos algumas peças que consolidam as relações de poder dentro de uma instituição hospitalar.

Por fim, podemos concluir que o curso de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente, oferecido pelo Hospital Israelita Albert Einstein na modalidade a distância é visto por seu leitor modelo como funcional e aceito pelo público de profissionais da saúde porque é calcado em legitimações discursivas ao longo de todo o processo comunicacional que o compõe.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. **O que é um dispositivo?**. Outra travessia, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005. ISSN 2176-8552. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>>. Acesso em: 20 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5007/12576>.

ALVAREZ, M. C. **Michel Foucault e a Sociologia: aproximação e tensões**. In: **Revista Estudos de Sociologia**. Araraquara, v. 20, n. 38, p. 15-33, jan-jun 2015.

AUMONT, J. et al. **A estética do filme**. Tradução Marina Appenzeller. Campinas/SP: Papirus, 7 edição. 2009.

AUMONT, J. MARIE, M. **Dicionário teórico e crítico do cinema**. Campinas/SP: Papirus, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, P. F. S. OGUISSO, T. **A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade pr e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira**. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 892-8.

CARVALHO, C. A. **Entendendo as narrativas jornalísticas a partir da tríplice mimese proposta por paul Ricoeur**. In: *MATRIZES*. Ano 6 – Nº1 p. 169-187, jul./dez. 2012.

CARVALHO, C. A. SANT'ANA, G. A. C. **A tríplice mímesis como inspiração metodológica para a análise de produtos culturais**. In: *C&S – São Bernardo do Campo*, v. 35, n. 1, p.227-250, jul./dez. 2013.

CASTRO SANTOS, L. A. **A Enfermagem Moderna: a experiência internacional** (Disciplina de Pós Graduação). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>

CHAUÍ, M. **A ideologia da competência**. Org André Rocha. Belo Horizonte: Autêntica Editora; São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014.

CHAUÍ, M. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Ed. Moderna, 1982.

CHIESA, A. M. NASCIMENTO, D. D. G. BRACCIALI, L. A. D. **A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde**. Cogitare Enfermagem, 2007.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **Regulamento**. Filial Estado de São Paulo. Escola de Enfermagem, 1940.

DEACON, R. PARKER, B. **Educação como sujeição e como recusa**. In: SILVA, Tomaz T. (Org.) *O sujeito da educação: Estudos Foucaultianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DINIZ, F.R.; OLIVEIRA, A.A. **Foucault: do poder disciplinar ao biopoder**. In: SCiEntia, v. 2, nº 3, p.01 – 217, nov. 2013/ jun. 2014.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science, n. 200, p. 856-864, 1978.

ECO, Umberto. **Lector in Fabula, La Cooperacion interpretativa en El texto narrativo**. Trad: Ricardo Pochtor. Barcelona: Editora Lumen, 1993.

EISNER, Will. **Quadrinhos e a Arte Sequencial**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **Em defesa da Sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)**. 4º tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. 42 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014a.

_____. **A Ordem do Discurso**. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014b.

_____. **Microfísica do Poder**. Org. Roberto Machado. 3 ed – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. – Coleção Leitura

GARCÍA, M. F. **Multimedia y transmedia: educación y construcción social**. Bogotá, 2013.

GERBASE, C. **Cinema: Direção de atores**. 3ed. Porto Alegre/RS: Artes e ofícios, 2014.

GRICOLETTO, E. **"Do lugar social ao lugar discursivo: o imbricamento de diferentes posições-sujeito."** *Análise do discurso no Brasil: mapeando conceitos, confrontando limites*. São Carlos: Claraluz (2007).

HÜNING, S.M.; GUARESCHI, N. M F. **O que estamos construindo: especialidades ou especialismos?** Disponível em: Psicologia & Sociedade: 17-28; 2005

JENKINS, H. **Cultura da convergência**. São Paulo: Aleph, 2008.

JENKINS, H. ***The Revenge of The Origami Unicorn: Seven Principles of Transmedia Storytelling***. Massachusetts, 2009.

JENKINS, H. GREEN, J. FORD, S. **Cultura da Conexão: Criando valor e significado por meio da mídia propagável**. São Paulo: Aleph, 2014.

KRUSE, M. H. L. **Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado**. In: REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem. v. 59 (esp) p. 403-10. 2006.

KUDEKEN, V. S. F. S. MECONE, M. C. LIMA, B. S, SOUSA, P.C. **A narrativa transmidiática como método de aprendizagem de um curso médico**. In: III Congresso Internacional Red INAV/ V encontro ibero-americano de narrativas audiovisuais. Bauru, 2016.

MAIA, M. A. B.; OSORIO, C. **Trabalho em saúde em tempos de biopoder**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 56, n. 1, p. 69-79, 2004.

MECONE, M. C. C. **O modelo militar no ensino de Enfermagem: um olhar histórico sob a perspectiva foucaultiana**. 2014. [Tese] Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-07012015-103236/>>. Acesso em: 2016-01-29.

- MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica.** Belo Horizonte: PUC/FIEP; 1985.
- MENDES, L. Et Al. **Tecnologias Sociais, Biopolíticas e Biopoder: Reflexões Críticas.** Cad. EBAPE.BR, v. 13, nº 4, Artigo 2: Rio de Janeiro, Out./Dez. 2015.
- MOTTA, L. G. **Jornalismo e configuração narrativa da história do presente.** In: Revista Eletrônica E-compós. v.1 dez. 2004.
- MURRAY, J. H. **Hamlet no holodeck. O futuro da narrativa no ciberespaço.** São Paulo: Itaú Cultural/Unesp, 2003.
- NASCIMENTO, M. T. G. **Teoria das competências de Philippe Perrenoud e Prática Docente no Ensino Superior em uma Instituição Pública: Elementos para estudo de caso.** Acessado em 21/04/2016. Disponível em: www.webartigos.com/artigos/teoria-das-competencias-de-phillip-perrenoud-e-pratica-docente-no-ensino-superior-em-uma-instituicao-publica-elementos-para-estudo-de-caso/82805/
- NOVAES, A. P. **Qualidade e Segurança do paciente.** EaD Einstein – Qualidade e Segurança do Paciente. São Paulo, 2013.
- ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos.** 5 ed. Campinas: Pontes, 2003.
- OLIVEIRA, D. S. **O uso do vídeo em EAD: Desafios no processo de ensino aprendizagem.** In: Revista CESUCA Virtual: Conhecimentos sem fronteira. v.1, n.1, jul/2013. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/cesucavirtual/issue/view/24>
- PAGLIOSA, F. L. DA ROS, M. A. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal.** In: Revista Brasileira de Educação Médica. v. 32 n. 34. p. 492-499; 2008.
- PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: ArtMed Editora, 1999.
- PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- PINHEIRO, F.T, MENDES F. **As enfermeiras e a enfermagem na época vitoriana segundo a obra de Anne Perry.** In: Revista História da Enfermagem Eletrônica. v. 3.

p. 97-108, 2012. Disponível em:

<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num2artigo1.pdf>

PORTOCARRERO, V. **Normalização e Invenção: um uso do pensamento de Michel Foucault**. In: CALOMENI, T. (Org.). Michel Foucault. Entre o murmúrio e a palavra. Campos/RJ: Ed. Faculdade de Direito Campos, 2004.

PRATA, M. R. **Foucault com Freud: notas para uma leitura positiva do desejo na psicanálise**. In: SOUZA, P. GOMES, D. O. (Org.). Foucault com outros nomes: lugares de enunciação. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2009.

RICARDO, E. C. **Discussão acerca do ensino por competências: problemas e alternativas**. Cadernos de Pesquisa, v. 40, n 140 p. 605-628, 2010.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa – Tomo I**. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2016.

SOUSA FILHO, A. Michel de Certeau: **Fundamentos de uma sociologia do cotidiano. Sociabilidades**. São Paulo/SP, v.2, p.129 - 134, 2002.

TORRES, C. R. LESTA, M. L. ROCCO, A. L. *Narrativas Transmedia en Educación*. In: IRIGARAY, F. LOVATO, A. (Org.). *Producciones transmedia de no ficción. Análisis, experiencias y tecnologías*. Rosario: UNR Editora. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario, 2015.pg 103-114.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a Educação**. 2 ed – Belo Horizonte: Autentica, 2007.