

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Luciana Bisio Mattos

**Análise da contribuição de Curso
de Especialização em Atenção
Primária à Saúde na prática de
profissionais de saúde**

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre

2014

Luciana Bisio Mattos

**Análise da contribuição de Curso
de Especialização em Atenção
Primária à Saúde na prática de
profissionais de saúde**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra Cleidilene R. Magalhães

Coorientadora: Dra Alessandra Dahmer

Porto Alegre

2014

Catálogo na Publicação

Mattos, Luciana Bisio

Análise da contribuição de Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde na prática de profissionais de saúde / Luciana Bisio Mattos. -- 2014.

108 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014.

Orientador(a): Prof. Dra. Cleidilene Ramos Magalhães ;
coorientador(a): Prof. Dra. Alessandra Dahmer.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os trabalhadores que acreditam e lutam todo dia para construir um Sistema Único de Saúde de qualidade, digno e que defende a saúde como um direito de todos.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, pela oportunidade de qualificação e aprimoramento no SUS.

À UNASUS/UFCSPA, pela oportunidade e disponibilidade de proporcionar o acompanhamento do curso e da turma a distância para desenvolvimento da pesquisa.

À Associação Hospitalar Moinhos de Vento, pela oportunidade e disponibilidade de proporcionar o acompanhamento presencial do curso e da turma para desenvolvimento da pesquisa.

Aos trabalhadores/alunos, pela disponibilidade e abertura para participar e contribuir com o desenvolvimento deste estudo.

À Professora Mônica Oliveira, pelas importantes contribuições nas análises estatísticas.

A Carmem Souza, por compartilhar esta caminhada junto comigo, pelo sempre apoio, pelas contribuições no desenvolvimento e construção de todo o trabalho.

Às orientadoras Cleidilene Magalhães e Alessandra Dahmer, pela compreensão, disponibilidade, contribuição qualificada e incentivo nesta caminhada, sempre respeitando o ritmo singular e os tempos possíveis neste percurso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, em especial à Coordenadora de Atenção Primária em Saúde Lúcia Passero e ao grupo de Apoiadores Institucionais (Mariana Bauer, Thais Bennemann, Vivian Padilha de Freitas, Dulce Bedin, Maria Cristina Almeida, Andrea Bandeira, Bruna Mendes e Gustavo Melz), pelo apoio, incentivo, pelas “liberações” para a execução deste trabalho e principalmente pelo afeto e luta diária para a construção de um SUS em que acreditamos.

À minha família e amigos, pelo sempre incentivo de continuar nesta jornada, estando sempre presentes nos momentos necessários para apoiar e auxiliar para que este processo se tornasse possível. Agradeço em especial aos meus pais e minhas irmãs (Paula Bisio Mattos e Marina Bisio Mattos), que sempre estiveram presentes na minha vida e participando de todas as minhas escolhas.

RESUMO

O presente estudo situa-se no escopo da Educação Permanente em Saúde, ferramenta que tem sido fundamental para provocar mudanças e transformações nas práticas do trabalho em saúde no contexto brasileiro. Nesse cenário, a prática da atenção primária à saúde, em especial, a “Saúde da Família”, tem sido utilizada como estratégia prioritária para a organização dos serviços de saúde no país, tendo como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, visando a melhoria da qualidade de oferta de serviços de saúde. O objetivo do estudo foi analisar a contribuição de um Curso de Especialização em Saúde da Família, nas modalidades presencial e a distância, na prática de profissionais de saúde no Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no período de abril de 2012 a dezembro de 2013, no contexto de um Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, utilizando os instrumentos de pesquisa: questionário *online* e grupo focal. Os participantes do estudo foram 64 profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) que já atuavam na atenção primária à saúde e tiveram interesse em participar do estudo. O Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelas instituições Associação Hospitalar Moinhos de Vento e UFCSPA provocou uma série de reflexões e alterações no cotidiano de prática dos trabalhadores/alunos, como reorganização do processo de trabalho de equipe (reunião de equipe e organização de agendas), implementação de atividades coletivas, implementação de acolhimento a demanda espontânea e maior compreensão do processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família.

Palavras-Chave: Educação Permanente em Saúde; Aprendizagem e prática profissional; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study is under the permanent education in health, a tool that has been central to provoke changes and transformations in work practices in health in the Brazilian context. In this scenario, the practice of primary health care, in particular, the "family health", has been used as a priority strategy for the Organization of health services in the country, with the challenge to promote reorientation of practices and actions fully and health, aiming at the continuous improvement of the quality of life of Brazilians. The objective of this study was to analyze the influence of a specialization course in family health, in face-to-face and distance modalities, in the practice of health professionals in Rio Grande do Sul. This is a qualitative study, carried out in the period from April 2012 to December 2013, in the context of a specialization course in family health offered by UFCSPA and Hospital Moinhos de Vento Association, using the instruments of research: online questionnaire and focus group. Study participants were 64 health professionals (doctors, nurses, and dentists) who has acted on primary health care and had an interest in participating in the study. The course of specialization in family health promoted by institutions Hospital Association windmills and Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA prompted a series of reflections and changes in the daily lives of workers/students practice, such as reorganize the work team (team meeting and organizing schedules), implement community activities, implementing the reception spontaneous demand and greater understanding of the work of a team of Family Health process.

Keywords: permanent education in health; Learning and professional practice; Primary health care; Health professionals; Family health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Categorias do eixo: Relação com o processo de formação no curso de especialização.....62

Quadro 2 – Categorias do eixo: Relação do curso de especialização e a prática de trabalho.....64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde a Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 APS: CONCEITUAÇÃO.....	14
2.2 A APS NO BRASIL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF.....	17
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E FORMAÇÃO.....	21
3. OBJETIVOS.....	27
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5. REFERÊNCIAS.....	28
ARTIGO.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
ANEXOS	
Anexo A – Parecer com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	68
Anexo B – Questionário de caracterização dos profissionais	71
Anexo C – Roteiro dos Grupos Focais.....	89
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Anexo E – Normas da Revista.....	92
Anexo F – Artigo.....	98

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Análise da contribuição de curso de especialização em Atenção Primária à Saúde na prática dos profissionais de saúde participantes”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre, em março de 2014. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que se segue:

- 1 Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Metodologia
- 2 Artigo
- 3 Considerações Finais

Documentos de apoio, incluindo o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, os instrumentos utilizados na pesquisa e um trabalho completo apresentado em um evento internacional, envolvendo parte dos dados coletado no projeto guarda-chuva, são apresentados nos Anexos.

1. INTRODUÇÃO

No cenário da reforma sanitária brasileira e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a área de recursos humanos na saúde começou a ter uma relevância maior na construção de outro modelo assistencial para o sistema de saúde, constituindo-se como um novo desafio para os gestores da saúde (PINTO et al., 2010). Tal fato acaba por desencadear uma série de mudanças nos serviços de Saúde Pública brasileiros, sendo escolhido como prioritário para a garantia dos seus princípios, outro modelo assistencial e de cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS, mais conhecida no Brasil como Atenção Básica, deve ser o primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, a porta de entrada e tem como principais características a da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Atualmente, no Brasil, a Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Motta (1998) destaca que a adoção desse novo arranjo organizacional pelo SUS aumentou a importância estratégica da área de recursos humanos enfatizando em especial os processos educativos significativos, seja na graduação seja no trabalho em saúde.

Atualmente, identifica-se a insuficiência de incorporação de conhecimentos para interferir em uma mudança de prática dos trabalhadores de saúde. Nesse aspecto, torna-se necessário ampliar as estratégias educativas, não só no âmbito técnico, mas também no subjetivo, na relação interpessoal e na humanização do serviço, para então alcançarmos resultados

que impactem na realidade dos profissionais e possibilitem a transformação dos espaços (LINO et al., 2009).

Diante disso, os processos educativos passaram a ter maior visibilidade tanto no que diz respeito à sua importância como processo de formação quanto pela necessidade de instrumentalizar os trabalhadores para pensar e atuar de acordo com uma nova lógica de trabalho, com um novo modelo de atenção e cuidado. Esse novo momento traz algumas preocupações em relação ao desenvolvimento e formulação de processos educativos na linha da educação permanente em saúde e à formação de profissionais articulada à realidade local do processo de trabalho (PINTO et al., 2010).

Diante da importância de qualificar e aperfeiçoar as práticas em Atenção Primária à Saúde, ampliar as possibilidades de formação de recursos humanos e de enfrentar o contexto atual de insuficiência de profissionais capazes de atuar em equipe, várias instituições têm centrado esforços na educação permanente de seus profissionais. Nos últimos anos, esse esforço também tem sido potencializado pela oferta de cursos nas modalidades presencial e a distância, destinada principalmente aos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde.

Segundo Baptista et al. (2009), são poucos os estudos que investigam sobre a temática da APS e a sua consolidação como novo modelo de atenção que possui potência de modificar condições de saúde de comunidades. Além disso, a análise da eficácia da modalidade a distância na formação em saúde também é um tema pouco abordado.

No contexto da nova lógica de formação de profissionais e demanda por educação permanente a avaliação de cursos na área faz-se necessária e há um cenário propício para a realização de estudos e pesquisas que analisem esses processos de formação como estes interferem na prática dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 APS: História e Conceituação

No âmbito internacional, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido definida como uma estratégia de organização dos cuidados em saúde direcionada para oferecer respostas de maneira regionalizada, com continuidade e sistematizada, para a maioria das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção individual e coletiva às comunidades (MATTA, MAROSINI, 2008).

Esse formato de organização foi proposto pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, com o objetivo de contrapor o modelo Flexneriano Americano, que tinha como base a atenção individual e curativa, com um custo muito alto para atenção médica e baixa resolutividade dos problemas. Nesse Relatório, a atenção à saúde estava organizada em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares estavam localizados de forma regionalizada e tinham como objetivo atender a maior parte das demandas da população com resolutividade. Essa atenção era realizada por clínicos gerais e, se estes necessitassem de outro suporte para a situação, os centros de saúde secundários ou o hospital poderiam ser a referência como apoio a esse cuidado (MATTA, MAROSINI, 2008).

Essa nova concepção proposta pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde do mundo todo, provocando a discussão de duas características básicas da APS: a regionalização, ou seja, os serviços estarem próximos dos territórios, atendendo uma população base como referência, e a integralidade, que significa pensar as ações curativas e preventivas de maneira integrada e mais global. Os elevados custos com a atenção médica e a baixa resolutividade no cuidado estavam preocupando a base econômica dos países desenvolvidos, que procuravam outras formas, mais eficazes, de organização dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, os países em desenvolvimento estavam sendo prejudicados pela falta de equidade de cuidados no sistema de saúde, a extrema vulnerabilidade da

população e os altos índices de mortalidade infantil (MATTA, MAROSINI, 2008).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas da Infância – UNICEF realizaram a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata, no Cazaquistão, propondo metas entre os países membros para atingir, até 2000, um nível melhor de saúde através da APS. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o acordo assinado entre 134 países, propunha a seguinte definição de APS, no momento denominado de cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Na Declaração de Alma-Ata, a APS tem como intuito a organização de serviços locais que possam suprir as principais necessidades da população através de uma perspectiva interdisciplinar, com a composição de médicos, enfermeiros, auxiliares, parteiras, entre outros. O relatório descreve as seguintes atividades mínimas, necessárias para a construção e desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde direcionada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição adequada; tratamento da água e saneamento básico; atenção à saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais (OPAS/OMS, 1978). Apesar da meta proposta no pacto entre os países, durante o encontro, já ter sido cumprida, a Declaração de Alma-Ata continuou influenciando a reforma sanitária de diversos países e

provocando discussões sobre a organização dos sistemas de saúde de forma mais universal e igualitária (MATTA, 2005).

Define-se que um sistema de saúde, com base na APS, conta com uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito à saúde a sua principal meta, enquanto que potencializa a equidade e a solidariedade. Esse sistema é norteado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde da população, incentivo à qualidade, responsabilidade do governo, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. Um sistema de saúde ordenado pelos princípios da APS tem a família e a comunidade como base para seu planejamento e atividades. Esse sistema é composto por um conjunto central de elementos que tem a função de garantir a cobertura e o acesso universal a serviços e que maximizem a equidade. Tem o objetivo de oferecer cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, focaliza a sua atenção para a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação (OPAS/OMS, 2007).

A Atenção Primária à Saúde é aquele nível dentro do sistema de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (e não apenas centrado na doença), ao longo do tempo, fornece acompanhamento para todas as situações mais comuns de saúde (exceto as raras e incomuns) e coordena e integra as ações com outro lugar ou com terceiros, exercendo a coordenação do cuidado. Assim, é definida com um conjunto de funções que, juntas, compõem as atividades exclusivas da Atenção Primária à Saúde. Porém a APS também compartilha outros princípios com outros níveis de atenção, como: qualidade e custos, trabalho em equipe, responsabilidade pelo acesso, atenção à prevenção e à recuperação e reabilitação (STARFIELD, 2002).

De acordo com Starfield (2001), os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam quatro atributos essenciais, que são o acesso de primeiro contato com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; além de outros três atributos derivados, que são a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

Starfield, em uma pesquisa publicada em 1991, em que compara 10 países industrializados e considerados ricos, apontou que a ausência de atenção primária significa resultados menos qualificados de saúde e maior custo para o sistema. A Atenção Primária à saúde é entendida como responsável por ser a porta de entrada para o sistema, coordenadora desse cuidado e com a função de resolver a maior parte dos problemas mais comuns da população (STARFIELD, 2004).

Os princípios e atribuições podem ser explicados e conceituados da seguinte maneira: *primeiro contato* – pressupõe a acessibilidade e uso do serviço a cada nova situação ou novo episódio de um problema para o qual os usuários buscam atenção à saúde; *longitudinalidade* – implica a existência de uma sistemática de atenção e seu uso ao longo do tempo, e demonstra também o vínculo entre as pessoas e os profissionais de saúde; *integralidade* – objetiva que a atenção primária necessita fazer composições para que a pessoa receba todos os tipos de serviços de cuidado em saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos com eficiência dentro delas. A integralidade exige o reconhecimento da diversidade completa de necessidades das pessoas e a disponibilização dos recursos para abordá-las e a *coordenação do cuidado*, que é a disposição de informações a respeito de problemas e serviços, situações anteriores, e a valorização daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. A coordenação exige que o profissional ou serviço de APS faça a integração e orientação do cuidado do paciente através do Sistema de Saúde (Shi, Starfield e Jiahong, 2001).

2.2 A APS NO BRASIL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

No Brasil, a Constituição de 1988, fortemente influenciada pelas Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde bem como pelas novas perspectivas políticas e sanitárias do país, cria um novo arranjo na Saúde Pública (CONNIL, 2008). Resultante desse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado em setembro de 1990 através da Lei nº 8080, estabelece como princípios a Universalidade do acesso, a Integralidade do cuidado e a Equidade das ações (BRASIL, 1990). Tal fato acaba por desencadear uma

série de mudanças nos serviços de Saúde Pública brasileiros, sendo escolhido, como prioritário para a garantia desses princípios, outro modelo assistencial de cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, a APS foi incorporada na reforma sanitária brasileira e, tradicionalmente, pela tradução realizada na época, é denominada como Atenção Básica em Saúde (CAMPOS, GUERRERO 2010). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações:

de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (2012, p.19).

Para alcançar essas funções e objetivos na prática, entende-se que a Atenção Básica necessita seguir algumas diretrizes (CAMPOS, 2003):

- *Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade*: O usuário precisa ser acolhido no momento da sua necessidade e sofrimento. Para isso, a equipe de atenção básica precisa estar organizada, com horários flexíveis, para realizar escuta qualificada e ter um

maior nível de resolutividade. Sem essa diretriz, dificilmente a Atenção Básica consiga se configurar como porta de entrada do sistema.

- *Clínica ampliada e compartilhada*: Na rede básica existe uma complexidade nas intervenções dirigida às comunidades e famílias. A complexidade se define pelo grande número de variáveis envolvidas nos processos de cuidado, sendo necessário intervir nas dimensões biológica, orgânica, mas também nas dimensões subjetivas e sociais dos sujeitos. Assim, a clínica deve ser ampliada, iniciando de um núcleo biomédico para variáveis subjetivas e sociais, respeitando a singularidade de cada situação.

- *Saúde Coletiva*: será necessário que a Atenção Básica realize ações de prevenção, promoção no seu território. Busca ativa de pessoas com algum diagnóstico, imunizações, educação em saúde e medidas para qualificar a saúde da comunidade, de maneira integral.

- *Participação na gestão (cogestão)*: A organização democrática nos serviços de saúde, com a participação e o controle social, foi uma das conquistas relevantes da reforma sanitária brasileira. Esses mecanismos de participação devem aparecer tanto nas ações de cogestão dos serviços de saúde como nas próprias organizações locais dos moradores dos territórios.

Ao longo dos últimos anos, houve várias mudanças nos formatos de composição e organização de Atenção Básica no Brasil. Todavia, a partir 1994, cria-se, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), que possui na sua base uma série de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e prevenção à saúde, o perfil do profissional generalista, a inserção do agente comunitário de saúde, dentre outros (CAMPOS et al., 2010). Em 1998, a implantação do PSF ganha força com a transferência de recursos, fundo a fundo, específica para a Atenção Básica, o Piso de Atenção Básica fixo (recurso *per capita*), e o Piso de Atenção Básica Variável (específico para o PSF). No final dos anos 90, a diretriz de expansão maciça do PSF coloca-o como estratégia da mudança de modelo de cuidado em saúde, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (MACHADO et al, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família tem o intuito de reorganização da atenção básica no país, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por auxiliar a reorientação do processo de trabalho, potencializando o aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de aumentar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma relevante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Porém, ainda existem muitas dificuldades para a concretização dessa proposta nas realidades dos municípios. A questão encontra-se mais crítica nas regiões metropolitanas brasileiras, onde concentra-se a maior parte das populações e onde existe uma menor cobertura de Saúde da Família (MACHADO et al., 2008).

Segundo dados fornecidos pelo DATASUS (2014), o histórico de implantação de equipes de Saúde da Família no Brasil ainda é insuficiente diante da necessidade de atenção e da população existente no nosso país. No ano de 1998, quando o fortalecimento e incentivo financeiro ao PSF estavam acontecendo com maior intensidade, o número de municípios com equipes de Saúde da Família estava em torno de 739, correspondendo a uma proporção de população coberta pelo Programa de 4,40%. Já no ano de 2013, esse número apresenta um aumento significativo de 5.343 municípios cadastrados com unidades da ESF. Porém, a proporção de população coberta pela ESF ainda não corresponde à maior parte da população, sendo de 56,37%, demonstrando a heterogeneidade da implantação dessa estratégia no nosso país. No Estado do Rio Grande do Sul, atualmente, existem 138 municípios com equipes de Estratégia de Saúde da Família, no entanto, a proporção de população coberta pela ESF é aproximadamente de 31 municípios (17%), não atingindo nem a metade da população do estado. Além disso, percebe-se que os profissionais que atuam na Saúde da Família não possuem qualificação e formação específica para o cargo.

Macinko e colaboradores coordenaram um estudo ecológico longitudinal baseado em dados secundários que apontou que o aumento de 10% na cobertura da ESF esteve relacionado a uma redução de 4,5% em taxas de

mortalidade infantil (MACINKO, 2006). Outro estudo, realizado por Rasella, Aquino e Barreto (2010), também demonstrou associação entre o aumento de cobertura da ESF e a redução da taxa de mortalidade infantil. Na taxa de mortalidade para a morte autônoma a redução foi ainda maior, atingindo 60% (RR: 0,40; IC 95%:,37,44) nos municípios com maior cobertura da ESF. Nesse estudo, foi evidenciado que o efeito da ampliação de cobertura da ESF foi maior nos municípios com maior taxa de mortalidade infantil e baixo desenvolvimento humano. Os autores concluem nesse estudo que a ESF, principalmente nas áreas mais vulneráveis e de desenvolvimento mais precário, pode contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, proporcionando condições mais saudáveis de vida (ROSELLA, AQUINO E BARRETO, 2010).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E FORMAÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Motta (1998) destaca que a adoção desse novo arranjo organizacional pelo SUS aumentou a importância estratégica da área de recursos humanos – enfatizando em especial os processos educativos significativos, seja na graduação seja no trabalho em saúde.

Essa necessidade é justificada pelos princípios que regem o processo de trabalho em saúde: característica relacional, ou seja, o trabalho acontece no momento do encontro entre usuário e trabalhador (intersubjetividade), exige uma capacidade de reflexão constante, pois é constituído de descontinuidades e incertezas, o que impossibilita “programar” e padronizar ações, intervenções e atividades antes de entrar em contato com as situações (LIMA et al., 2010).

A necessidade de observação dos princípios doutrinários do SUS pelas equipes da ESF reforçou, segundo Motta (1998), a necessidade de readequação das práticas tradicionais de atenção à saúde de modo a incorporar/articular novos conhecimentos, competências e habilidades. Porém, percebe-se que a formação da maioria dos profissionais de saúde do SUS caracterizou-se por uma visão centrada na atenção às doenças, fragmentada,

focada no modelo biomédico e bastante reprodutora de concepções já estabelecidas, sem protagonismo e criatividade para o cuidado, trabalho em saúde com comunidades e mais próximos dos princípios da APS (LIMA et al., 2010).

Os enfoques educativos foram se transformando intensamente nos últimos tempos, acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando discussões da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, especificamente em situações de trabalho. Uma corrente de pensamento tem origem nas concepções de Educação Permanente – construídas tanto em experiências concretas como em concepções teóricas desde o começo da década de 70, particularmente difundidas pela Unesco. Essas concepções facilitaram o reconhecimento do adulto como sujeito de educação e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além do ambiente escolar, ao longo da vida e em contextos comunitários e de trabalho (BRASIL, 2009).

Utilizando essa matriz, o Ministério da Saúde (MS) foi produzindo uma série de aproximações no sentido de viabilizar a compreensão da necessidade de extrapolar a lógica da educação tradicional que privilegia a atualização do conhecimento técnico de cada profissão em prol de um esforço transnacional de qualificação do setor de saúde por meio da Política de Educação Permanente em Saúde (LOPES et al., 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e crescimento para o trabalho em saúde, a capacidade já existente e a oferta institucional de atividades constituídas de educação permanente em saúde. A Educação Permanente simboliza uma mudança na concepção das práticas e capacitações dos trabalhadores dos serviços, propondo uma inversão da lógica do processo: integrando ensino e o aprendizado à vida cotidiana das instituições; modificando as práticas educativas a partir da prática como um conhecimento e fonte de saber, problematizando assim seu próprio fazer; provocando as pessoas a serem atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e não receptores; abordando a equipe como um grupo em interação, procurando evitar a fragmentação em disciplinas e ampliando

espaços educativos para fora de estruturas tradicionais de educação, proporcionando a educação em instituições, comunidades e espaços do território (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é, nesse sentido, o conceito pedagógico sob o qual devem operar relações orgânicas que articulem tanto o ensino e as ações e serviços de saúde como a docência e atenção à saúde, relacionando aprendizado/reflexão/resolutividade sobre o trabalho e a clínica, aproximando a educação da realidade cotidiana e concreta (BRASIL, 2004; DAVINI, 2006). Nesta proposta, os atores sociais são desafiados para assumirem uma postura ativa de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe, num processo emancipatório (CECCIM, 2005).

O conceito de Educação Permanente foi difundido pela OPAS e, segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, reconhecia que somente a aprendizagem significativa seria capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (LIMA et al., 2010). Assim, a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa que está articulada ao contexto da atuação profissional.

Nesse sentido, a EPS constitui-se como uma ferramenta fundamental para provocar mudanças e transformações nas práticas do trabalho em saúde, pois propõe que este venha a ser um espaço reflexivo, propositivo, compromissado e tecnicamente competente (LIMA et al., 2010).

De acordo com Merhy (2005), atualmente estamos diante de um grande desafio de pensar e construir uma nova pedagogia – que desfrute de todas as outras que têm interferido com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos socio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva,

que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe. Colocar isto em análise, cobra dos dispositivos analisadores (os do quadrilátero) uma certa amarração com os componentes

nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo. Isto significa que o analisador tem de ter a potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso (2005, p. 174).

Assim, os pressupostos teórico-metodológicos propostos pela EPS defendem e caminham para idealização de uma prática profissional competente e altamente comprometida com o social, com o ser e o fazer em saúde, propondo uma reformulação e redirecionamento da educação em saúde na área.

A realização de um esforço de tamanha dimensão representa, sem sombra de dúvidas, um grande avanço, na medida em que a educação, como política de governo, pode maximizar a potencialidade dos trabalhadores, ampliando de maneira significativa os resultados das intervenções (FRITZEN, 2007). Dessa forma, a ampliação da cobertura das ações educativas deve ser acompanhada de uma sistemática de avaliação dos resultados obtidos pelas ações em curso. Hutchinson (1999) considera que a avaliação dos processos educacionais é significativa para qualificar o debate sobre a educação permanente de trabalhadores de saúde, no sentido de garantir que a ampliação seja acompanhada por um incremento da qualidade e dos impactos.

Neste contexto de formação e estruturação de recursos humanos para o SUS e especialmente para o trabalho voltado para a Estratégia de Saúde da Família, surgem vários cursos e abordagens de formação para alcançar esses objetivos. Dentre ele, destaca-se a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), que foi lançada em 18 de junho de 2008 e utiliza como uma das suas principais ferramentas a Educação a Distância (EAD). Essa modalidade educacional possibilita, pela adoção de novas tecnologias educacionais, formar mais pessoas, com mais qualidade e menos tempo (UNASUS, 2010). Assim, o Ministério da Saúde criou uma rede nacional de cooperação, atualmente formada por 16 instituições públicas de ensino, sendo duas no Rio Grande do Sul.

Inserida nesse cenário, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) apresentou um projeto de pós-graduação, na

modalidade de especialização, em Saúde da Família (SF). O Curso de Especialização em Saúde da Família na UNASUS tem o intuito de atender uma parte da demanda do Ministério da Saúde em ofertar formação de recursos humanos especializada para desenvolver as atividades de assistência qualificada em Atenção Primária à Saúde, pretendida pela Estratégia Saúde da Família, utilizando como metodologia a educação a distância.

O curso da UNASUS/UFCSPA tem como objetivo possibilitar que os profissionais ressignifiquem suas práticas e problematizem o seu cotidiano de trabalho tendo como referência conceitos como: cuidado, acolhimento, rastreamento, humanização, vigilância epidemiológica, efetividade, segurança. Alguns segmentos apontam que a própria graduação para estas categorias (medicina, odontologia e enfermagem) seria o suficiente para garantir competências, habilidades e atitudes adequadas à APS, embora a grande maioria da literatura apresente argumentos que descrevem a necessidade de realizar cursos de especialização para os profissionais que atuam na APS.

Por sua vez, na linha de ação dos cursos presenciais existentes no país, a Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre, no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do Termo de Ajuste de número 06/2008, assinado em 17 de novembro de 2008, vem oferecendo Cursos de Especialização em Saúde da Família para profissionais que atuam na rede de saúde (MOINHOS DE VENTO, 2011). Para o ano de 2012, foi prevista uma nova oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família, com desenho, objetivos, organização pedagógica e público alvo (médico, dentistas e enfermeiros) semelhantes à oferta pela UNASUS/UFCSPA do mesmo Curso, na modalidade à distância.

Esta oferta do Curso em 2012 pelas duas instituições, em modalidades diferentes, constituiu-se em objeto de estudo da presente pesquisa, no intento de avaliar a oferta e proposta de formação, sobretudo na perspectiva dos

participantes e, em um formato qualitativo, uma vez que estudos deste tipo são escassos, podendo a pesquisa em questão responder a lacunas nesta área e abrir campo para novos estudos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a contribuição de um Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde, nas modalidades presencial e a distância, na prática de profissionais de saúde no RS.

3.2 Objetivos Específicos:

- Analisar as mudanças de práticas dos trabalhadores participantes do Curso de Especialização, por meio da percepção destes;
- Analisar a EPS como estratégia para transformação de prática dos profissionais de saúde, segundo as percepções dos participantes do curso;
- Analisar, a partir da percepção dos participantes, como as modalidades educacionais a distância e presencial contribuíram para a formação e as práticas dos participantes dos cursos.

4. Aspectos éticos

Considerando os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, este projeto de pesquisa teve a aprovação pelo comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Parecer 1646/12 (Anexo A) – e pelo Comitê de Ética da Associação Hospitalar Moinhos de Vento.

Os participantes da pesquisa foram informados previamente a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, do anonimato da sua colaboração, bem como da confidencialidade de suas respostas, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

Este projeto foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996).

5. REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, T. W. F. et Al. Análise da produção bibliográfica sobre a atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Vol 19, n 4, p. 1007-1025, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL, **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Presidência da república. Casal Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. 1990.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução 196/96, de 09/10/1996. DOU 16/10/96:21081-21085.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.
- BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, G. W. e GUERRERO, V.P. A. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- CONNIL, E. M. Desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
- DATASUS. Histórico da Cobertura de Saúde da Família, Relatório. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_r elatorio.php. Acesso em: jan de 2014.
- DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde: Ministério da Saúde, 39-59, 2009.
- DE ANTONI, C. MARTINS, C, FERANATO, M. A, ET AL. Grupo Focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, V. 53 , n(2), 38-53, 2001.
- FRITZEN, S. A. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? **Human Resources of Health**, 5 (4): 1-10, 2007.

HUTCHINSON, L. Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions. **British Medical Journal**, 318 (7.193): 1.267-1.269, 1999.

LIMA, C. V.J, et al. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de Transformação das Práticas: Possibilidades e Limites. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010.

Lino, M. M. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v7 n1 p 115-136, junho 2009.

LOPES, et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Ciências Saúde**, v 18, n (2):147-155, 2007.

MACHADO, ET al. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S42-S57, 2008

MACINKO J, GUANAIS F, SOUZA M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**. 60:13-9, 2006.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, v 3 n 2, p. 371-396, 2005.

MATTA, G. C. E MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária. In: PEREIRA, I. B., LIMA, J. C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro: EPSJV, p. 44- 49, 2008.

MERHY, E. Desafio que a educação permanente tem em si: Pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MOINHOS DE VENTO, H. **Projeto Pedagógico – Especialização em Saúde da Família**. Instituto de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre, 2011.

MOTTA, J. I. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso**. Dissertação de mestrado, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde**, Declaração Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, 2007.

PINTO, E. E. P. ET AL. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v8, n1, n1 p 77-96, junho 2010.

RASELLA D.AQUINO, R. BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health** 10:380, 2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Primary Care and Health. A Cross-national Comparison. In: Isaacs S. L. Knickman, G.E. **Generalist medicine and the U.S Health system.** São Francisco CA: Jossey – Bass, 2004.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Universidade Aberta do SUS- Cursos: **Projeto de especialização em Saúde da Família UFCSPA e UNA-SUS.** Disponível em: <<http://unasus.ufcspa.edu.br/saude_da_familia.php>>. Acesso em abril 2012.

UNA-SUS – **Universidade Aberta do SUS.** Home page. Disponível em: <<<http://www.unasus.net/>>>. Acesso em 28 nov2010.

ARTIGO

Análise da contribuição de Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde na prática de profissionais de saúde do Rio Grande do Sul

Analysis of the contribution of the Specialization Course in Primary Health Care in the practice of healthcare professionals in Rio Grande do Sul

Luciana Bisio Mattos ^{1,2}

Alessandra Dahmer ¹

Cleidilene Ramos Magalhães ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

² Coordenação de Atenção Primária em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.

Correspondência

Luciana Bisio Mattos

Rua: Sarmento Leite, 245 – Sala 412

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

CEP: 900050170

Porto Alegre/RS

Endereço Eletrônico: lubisiomattos@yahoo.com.br

A ser enviado a *Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health*

Resumo

O presente estudo situa-se no escopo da Educação Permanente em Saúde, ferramenta que tem sido fundamental para provocar mudanças e transformações nas práticas do trabalho em saúde no contexto brasileiro. Nesse cenário, a prática da atenção primária à saúde, em especial, a “Saúde da Família”, tem sido utilizada como estratégia prioritária para a organização dos serviços de saúde no país, tendo como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, visando a melhoria da qualidade de oferta de serviços de saúde. O objetivo do estudo foi analisar a contribuição de um Curso de Especialização em Saúde da Família, nas modalidades presencial e a distância, na prática de profissionais de saúde no Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no período de abril de 2012 a dezembro de 2013, no contexto de um Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, utilizando os instrumentos de pesquisa: questionário *online* e grupo focal. Os participantes do estudo foram 64 profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) que já atuavam na atenção primária à saúde e tiveram interesse em participar do estudo. O Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelas instituições Associação Hospitalar Moinhos de Vento e UFCSPA provocou uma série de reflexões e alterações no cotidiano de prática dos trabalhadores/alunos, como reorganização do processo de trabalho de equipe (reunião de equipe e organização de agendas), implementação de atividades coletivas, implementação de acolhimento a demanda espontânea e maior compreensão do processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família.

Palavras-Chave: Educação Permanente em Saúde; Aprendizagem e prática profissional; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de saúde; Saúde da Família.

Abstract

The present study is under the permanent education in health, a tool that has been central to provoke changes and transformations in work practices in health in the Brazilian context. In this scenario, the practice of primary health care, in particular, the "family health", has been used as a priority strategy for the Organization of health services in the country, with the challenge to promote reorientation of practices and actions fully and health, aiming at the continuous improvement of the quality of life of Brazilians. The objective of this study was to analyze the influence of a specialization course in family health, in face-to-face and distance modalities, in the practice of health professionals in Rio Grande do Sul. This is a qualitative study, carried out in the period from April 2012 to December 2013, in the context of a specialization course in family health offered by UFCSPA and Hospital Moinhos de Vento Association, using the instruments of research: online questionnaire and focus group. Study participants were 64 health professionals (doctors, nurses, and dentists) who has acted on primary health care and had an interest in participating in the study. The course of specialization in family health promoted by institutions Hospital Association windmills and Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA prompted a series of reflections and changes in the daily lives of workers/students practice, such as reorganize the work team (team meeting and organizing schedules), implement community activities, implementing the reception spontaneous demand and greater understanding of the work of a team of Family Health process.

Keywords: permanent education in health; Learning and professional practice; Primary health care; Health professionals; Family health.

Introdução

No Brasil, a Constituição de 1988, fortemente influenciada pelas Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde, bem como pelas novas perspectivas políticas e sanitárias do país, cria um novo arranjo na Saúde Pública ¹. Resultante desse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado em setembro de 1990 através da Lei nº 8080, estabelece como princípios a Universalidade do acesso, a Integralidade do cuidado e a Equidade das ações ². Tal fato acaba por desencadear uma série de mudanças nos serviços de Saúde Pública brasileiros, sendo escolhido, como prioritário para a garantia desses princípios, outro modelo assistencial e de cuidado, a Atenção Primária a Saúde (APS).

A APS, mais conhecida no Brasil como Atenção Básica, deve ser o primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, a porta de entrada e tem como principais características a da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social³. Atualmente, no Brasil, a Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. A adoção desse novo arranjo organizacional pelo SUS aumentou a importância estratégica da área de recursos humanos – enfatizando em especial os processos educativos significativos, seja na graduação seja no trabalho em saúde⁴.

Essa necessidade é justificada pelos princípios que regem o processo de trabalho em saúde: característica relacional, isto é, o trabalho acontece no

momento do encontro entre usuário e trabalhador (intersubjetividade), exige uma capacidade de reflexão constante, pois é constituído de descontinuidades e incertezas, o que impossibilita “programar” e padronizar ações, intervenções e atividades antes de entrar em contato com as situações⁵.

A necessidade de observação dos princípios doutrinários do SUS pelas equipes da ESF reforçou a necessidade de readequação das práticas tradicionais de atenção à saúde de modo a incorporar/articular novos conhecimentos, competências e habilidades⁴. Porém percebe-se que a formação da maioria dos profissionais de saúde do SUS caracterizou-se por uma visão centrada na atenção às doenças, fragmentada, centrada no modelo biomédico e bastante reprodutora de concepções já estabelecidas, sem protagonismo e criatividade para o cuidado, trabalho em saúde com comunidades e mais próximos dos princípios da APS⁵.

Utilizando essa matriz, o Ministério da Saúde (MS) foi produzindo uma série de aproximações no sentido de facilitar a compreensão da necessidade de extrapolar a lógica da educação tradicional que privilegia a atualização do conhecimento técnico de cada profissão em prol de um esforço transnacional de qualificação do setor de saúde, por meio da Política de Educação Permanente em Saúde⁶.

O conceito de Educação Permanente foi difundido pela OPAS e, “segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, reconhecia que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano”⁵.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é, nesse sentido, o conceito pedagógico sob o qual devem operar relações orgânicas que articulem tanto o ensino e as ações e serviços de saúde como a docência e atenção à saúde, relacionando aprendizado/reflexão/resolutividade sobre o trabalho e a clínica, aproximando a educação da realidade cotidiana e concreta^{7,8}. Nesta proposta, os atores sociais são desafiados para assumirem uma postura ativa de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe, num processo emancipatório⁹.

Nesse sentido, a EPS constitui-se como uma ferramenta fundamental para provocar mudanças e transformações nas práticas do trabalho em saúde, pois propõe que este venha a ser um espaço reflexivo, propositivo, comprometido e tecnicamente competente⁵.

Diante da importância de qualificar e aperfeiçoar as práticas em Atenção Primária à Saúde, ampliar as possibilidades de formação de recursos humanos e de enfrentar o contexto atual de insuficiência de profissionais capazes de atuar em equipe, várias instituições têm centrado esforços na educação permanente de seus profissionais. Nos últimos anos, esse esforço também tem sido potencializado pela oferta de cursos nas modalidades presencial e a distância, destinada principalmente aos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde. Os esforços e políticas públicas destinados, principalmente, à formação dos profissionais de saúde que já estão atuando nos serviços de saúde são uma necessidade e apresentam grande relevância social. No contexto da nova lógica de formação de profissionais e demanda por educação permanente dos profissionais de saúde já atuantes, a oferta e a avaliação de cursos na área fazem-se necessárias, sobretudo na perspectiva de avaliação dos resultados da formação na prática dos serviços.

O Contexto do Estudo

Neste contexto apresentado, a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), lançada em 18 de junho de 2008, utilizando como uma das suas principais ferramentas a Educação a Distância (EaD), se apresenta como um cenário de prática para a EPS. Pela sua especificidade, a EaD possibilita a adoção de novas tecnologias educacionais e a formação de mais pessoas, com qualidade e em menos tempo¹⁰. Essas características foram materializadas pela ação do Ministério da Saúde com a criação de uma rede nacional de cooperação, atualmente formada por 16 instituições públicas de ensino, sendo duas no Rio Grande do Sul.

Inserida nesse contexto, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) apresentou um projeto de pós-graduação, na modalidade de especialização, em Saúde da Família (SF). O Curso de Especialização em Saúde da Família na UNASUS tem o intuito de atender uma

parte da demanda do Ministério da Saúde em ofertar formação especializada de recursos humanos para desenvolver as atividades de assistência qualificada em Atenção Primária à Saúde, pretendida pela estratégia Saúde da Família, utilizando como metodologia a educação à distância.

Por sua vez, na linha de ação dos cursos presenciais existentes no país, a Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre, no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do Termo de Ajuste de número 06/2008, assinado em 17 de novembro de 2008, vem oferecendo cursos de Especialização em Saúde da Família para profissionais que atuam na rede de saúde¹¹.

Para o ano de 2012, foi prevista a oferta de um Curso de Especialização em Saúde da Família, com desenho, organização pedagógica e público alvo (médico, dentistas e enfermeiros) semelhantes para a UNASUS/UFCSPA e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre, nas modalidades EaD e presencial.

O curso tem o desenho pedagógico semelhante em ambas as turmas, sendo apenas a modalidade diferenciada. Com carga horária de 390 horas, o curso tem duração mínima de 18 meses e máxima de 36 meses, distribuídas em três Eixos Temáticos: Eixo Instrumentalização em EAD e Instrumentalização e introdução ao curso para turma presencial, Eixo Campo da Saúde Coletiva e Eixo núcleo profissional (Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem da Saúde da Família e Odontologia da Saúde da Família. O Eixo de “campo” é um eixo temático sobre Saúde Coletiva. Esse eixo tem duração de aproximadamente nove meses e está organizado em três unidades: Modelo Assistencial em Saúde, Epidemiologia Aplicada e Interações em APS. Nas unidades, são discutidas as questões de Saúde Coletiva, como Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Abordagens em Saúde Individual, Familiar e Comunitária; Epidemiologia Aplicada à APS; questões relacionadas ao Trabalho em Equipe, como Ética; e Situações de Violência¹⁰.

Cada Eixo Temático de Núcleo Profissional também tem a duração de nove meses. Nesses eixos são trabalhados temas e conteúdos específicos de cada profissão dos participantes do curso (Enfermagem, Medicina e Odontologia). Cada eixo desenvolveu seus conteúdos por meio de casos complexos, como questões relacionadas à Assistência Integral da Saúde da Criança e Adolescente, da Mulher, do Adulto e Idoso, além da Saúde Mental e Urgências na APS¹¹.

Além de atividades semanais relacionadas aos conteúdos desenvolvidos nos módulos, ao final da segunda e terceira unidades do segundo eixo foram aplicadas provas teóricas presenciais para ambas as turmas e, ao final do curso, também foi realizado um trabalho de conclusão com respectiva apresentação das produções pelos alunos.

O Curso tem como objetivo possibilitar que os profissionais ressignifiquem suas práticas e problematizem o seu cotidiano de trabalho, tendo como referência conceitos como: cuidado, acolhimento, rastreamento, humanização, vigilância epidemiológica, efetividade, segurança. Alguns segmentos apontam que a própria graduação para estas categorias (Medicina, Odontologia e Enfermagem) seria o suficiente para garantir competências, habilidades e atitudes adequadas à APS, embora a maioria da literatura apresente argumentos que descrevem a necessidade de realizar cursos de especialização para os profissionais que atuam na APS¹⁴.

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar a contribuição do Curso de Especialização em Saúde da Família, nas turmas oferecidas no ano de 2012, modalidades presencial e a distância, na prática de profissionais de saúde, bem como as mudanças ocorridas nas práticas dos participantes, através da percepção destes. Além disso, busca analisar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para transformação de prática dos profissionais no Rio Grande do Sul.

Metodologia

O presente estudo integra o projeto guarda-chuva “**Impacto do Curso de Especialização em Saúde da Família UFCSPA/UNASUS na qualidade da Atenção Primária à Saúde no RS**”, aprovado pela Fundação de Amparo à pesquisa do Rio Grande do Sul, através do Programa de Apoio a Núcleos Emergentes – PRONEM. Edital FAPERGS nº 003/2011, processo 11/2049-6.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que versa sobre a oferta do curso de Especialização em Saúde da Família, nas modalidades presencial (ofertado pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento) e a distância (ofertado pela UNASUS/UFCSPA), tendo como finalidade qualificar cerca de 64 profissionais de nível superior (Medicina, Enfermagem e Odontologia) integrantes das equipes de Saúde da Família, de diferentes regiões do Estado do Rio Grande do Sul. Ambas as turmas possuem desenho pedagógico semelhante, sendo apenas a modalidade diferenciada. Uma é presencial e outra a distância.

O estudo foi realizado no período de abril de 2012 a dezembro de 2013, no contexto do Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela UFCSPA e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, utilizando, parcialmente, dados coletados por meio de questionário *online* e a técnica Grupo Focal.

Critérios de inclusão:

Médicos, Enfermeiros e Dentistas que atuavam na APS.

Critérios de exclusão:

Outros profissionais da área da saúde que não médicos, enfermeiros e dentistas e que não atuavam na APS.

Coleta de dados

Para inscrição no curso foi realizada ampla divulgação pelos meios de comunicação (*site*, *email*, redes sociais, telefone e impressos) em secretarias municipais e estaduais de saúde, com a oferta de 90 vagas (45 para cada

turma), para possíveis profissionais de saúde interessados pela formação em APS.

Os alunos inscritos foram sorteados para a definição da turma presencial (aulas ministradas na Associação Hospitalar Moinhos de Vento), e para turma a distância (aulas ministradas pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Todos os candidatos foram informados no ato da inscrição sobre o sorteio para a realização do curso presencial ou a distância, para ciência das duas modalidades. Após a finalização das inscrições, participaram do curso 64 profissionais de nível superior (Medicina, Enfermagem e Odontologia) distribuídos em 26 alunos para a Turma presencial e 38 para a turma EaD.

O estudo foi desenvolvido em várias etapas, como descrito a seguir:

1ª Etapa: Sorteio dos participantes para as duas modalidades de curso: presencial e a distância;

2ª Etapa: Aplicação de um questionário *online* (Anexo B) com todos os participantes do curso (sessenta e quatro), para caracterizar os sujeitos da pesquisa;

3ª Etapa: Realização de uma amostragem aleatória, dentre as profissões a que o curso se destina (Médicos, Enfermeiros, Dentistas), que possibilitasse a formação de dois grupos focais (um com participantes da modalidade presencial e outro com participantes da modalidade a distância);

4ª Etapa: Realização da técnica do Grupo Focal (no início e final do curso) com um roteiro de perguntas, norteadoras da discussão, com temáticas referentes a aprendizagens no curso e à contribuição destas na prática dos profissionais. A técnica do Grupo Focal (GF) objetiva coletar dados através da interação grupal. É especialmente utilizada em pesquisas que priorizam a visão dos participantes em relação a uma vivência ou a um evento. O número de participantes do GF foi entre seis e nove pessoas. A sessão do GF teve um coordenador (pesquisadora) e um relator. Os encontros tiveram duração de aproximadamente uma hora e meia e foram gravados em áudio e vídeo.

Os dados foram analisados com base nas informações coletadas através do questionário *online*, que para esse estudo, foram somente utilizados e analisados informações referentes a identificação das características dos sujeitos e dados coletados nos Grupos Focais. Para o entendimento dos dados relacionados ao questionário *online*, foi utilizada a estatística descritiva (média e desvio padrão) para variáveis contínuas, e percentuais para variáveis categóricas, através do programa estatístico SPSS. E para os dados coletados a partir do Grupo Focal, foi utilizada a técnica da análise temática ou categorial para os dados qualitativos, que se baseia no desmembramento do texto em unidades, com o objetivo de descobrir os diferentes sentidos que constituem a comunicação. Após essa etapa, foi realizado o reagrupamento em categorias estabelecidas conforme o objetivo do estudo e interpretação dos pesquisadores¹³.

Nos quatro grupos focais participaram ao todo 21 pessoas, pois alguns trabalhadores integraram os dois grupos (início e final) e outros participaram em um dos grupos. Para o primeiro grupo focal foram constituídos dois grupos formados pelos trabalhadores de saúde participantes dos cursos de especialização (presencial e à distância). O número de participantes do GF foi de nove pessoas para turma presencial (3 médicos, 3 dentistas e 3 enfermeiras) – GAp¹. O GF da turma EAD foi composto de oito participantes (1 médico, 3 dentistas e 4 enfermeiras) – GAed.

O segundo Grupo Focal foi realizado na etapa final do curso. O encontro ocorreu na data de finalização do curso, apresentação de trabalho de conclusão e atividades finais. O número de participantes deste GF foi de seis pessoas para turma presencial (3 médicos, 1 dentista e 2 enfermeiras) – GBp; e quatro participantes (2 dentistas e 2 enfermeiras) da turma EaD – GBed.

¹ Para identificação dos Grupos Focais (GF) utilizou-se a seguinte legenda: GAp – Primeiro grupo focal realizado com a turma presencial; GAed – Primeiro grupo focal realizado com a turma EaD; GBp – Segundo grupo focal realizado com a turma presencial; GBed – Segundo grupo focal realizado com a turma EaD.

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes do curso

Dos 64 alunos participantes do curso, apenas 42 responderam na íntegra ao questionário *online*. Destes 83,3% (35) eram do sexo feminino, e 16,7% (7), do sexo masculino; 11, 9% estavam atuando em Porto Alegre (5) ; sendo a maior parte do núcleo da Enfermagem, 64,3% (27), só 9,5% (4) de Medicina e 26,2% de Odontologia (11). Esses dados corroboram com outros estudos realizados em relação ao perfil dos trabalhadores que frequentam cursos de especialização, onde os enfermeiros tiveram a maior participação, com 61%, e o núcleo médico com uma pequena participação¹⁴. Ainda, sobre o sexo dos participantes, os resultados também foram ao encontro de outros estudos, que indicam um processo de feminização na área da Saúde da Família¹⁵. Em relação à modalidade de atuação dos trabalhadores/alunos 69,7% referiram estar trabalhando em equipes da Estratégia de Saúde da Família, e 24,2%, em Unidades Básicas de Saúde tradicionais, com o tempo médio de atuação na atual equipe de Saúde de um ano e nove meses. Já o tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde dos participantes foi identificado com a média de três anos e dois meses.

A partir das análises das produções dos grupos focais foram compostas algumas categorias e distribuídas em dois eixos: Relação com o processo de formação no Curso de Especialização; e Relação do Curso de Especialização com a prática de trabalho. Essas categorias estão descritas nos quadros (Quadro 1 e Quadro 2).

Os dados foram organizados e são apresentados a seguir por eixos temáticos, nos quais são elencados e discutidos a partir de categorias emergidas dos dados coletados junto aos participantes.

Relação com o processo de formação no Curso de Especialização

Neste eixo, percebe-se a similaridade da motivação para o curso em ambas as turmas, tendo sido trazidas, como principal base para a discussão, a importância de compartilhar saberes, a troca de experiências, a gratuidade do

curso e a possibilidade de aprofundar conhecimentos para uma qualificação em Saúde da Família. Essas ideias são explicitadas em algumas falas que seguem abaixo:

“então, eu senti essa necessidade de buscar porque pra mim as metas do Ministério, o que o Ministério preconiza, o que é... eu era completamente alienada nisso... Então, assim, foi por uma necessidade mesmo e eu tô tendo muita dificuldade, porque a gente acaba se afastando, vive na complexidade, tu acaba voltando muito pra outras coisas e o básico eu ficava sem, não sei assim... muitas vezes, o cuidado mais básico de alguma situação, por exemplo, lá numa consulta ginecológica, eu não sabia... Claro, agora eu tô aprendendo mais... Então, isso que me fez ir atrás, buscar pelo menos pra compreender um pouco mais da dinâmica, funcionamento, uma estrutura adequada...” (GAed)

“Eu sempre gostei também da saúde coletiva, sempre foi o meu sonho trabalhar em Estratégia de Saúde da Família... Daí passei num concurso e tava no céu, comecei a trabalhar e vi que a minha formação é voltada só pra área hospitalar... tem pouca coisa dessa área de saúde pública, então eu senti muita necessidade, tava procurando uma pós em saúde da família...” (GAed)

“Qualificação profissional, primeira coisa acho que eu busquei qualificação profissional, conhecer um pouco mais dessa parte de...aprofundar mesmo os conhecimentos, fazer essa troca de experiência...” (GAp)

“...porque trabalho já há alguns anos na Estratégia da Saúde da Família, mas eu sentia necessidade de me aprofundar. A outra coisa, além disso, é a saída do isolamento, que a gente muitas vezes se vê no nosso serviço lá, tu fica ali, trabalha, vai embora, trabalha outro dia, vai embora[,] e essa troca de informações, esse acesso a informação, essa troca de experiência tem sido muito enriquecedor também” (GAp)

A educação e ensino em saúde vêm sendo muito discutidos nos últimos anos em função do desafio que existe em superar um paradigma linear, compartimentalizado e técnico ainda existente nos currículos dos cursos na área da saúde atualmente. Apesar das mais variadas discussões e avanços nessa área, ainda encontramos formações que privilegiam a orientação taylorista técnica, que valorizam formas de organização do trabalho parceladas e ampliação da capacidade técnica dos profissionais¹⁶.

As motivações que impulsionaram os trabalhadores a ingressarem no curso vêm ao encontro das aprendizagens percebidas por estes no caminho da sua formação, assim como destacado pelas falas a seguir:

“E também pra aprender mais sobre o assunto, que na realidade o SUS ele tá atingindo a maioria agora e vai ficar cada vez mais... vai continuar, e também pra conhecer toda a parte, assim, a gente é dentista, né... a gente não vai muito pro lado da administração, dos sistemas de informação... tudo que a gente aprendeu das epidemiologias, nas abordagens de campo, pra nós, não é uma coisa rotineira, então é uma pós que dá pra aprender e...” (GAed)

A fragmentação do conhecimento em disciplinas e a dificuldade de integrar esses conteúdos dentro de um campo de saber interferem na construção de uma visão mais abrangente na formação dos profissionais, assim como aponta a citação a seguir:

“Também a fragmentação dos conhecimentos em disciplinas, o distanciamento entre teoria e prática, pensar e fazer, entre conhecimento ‘científico’ e ‘popular’ provocam rupturas que dificultam uma visão mais abrangente na formação dos profissionais, que se deparam com novas exigências da contemporaneidade, em cenários complexos, sempre em movimento” (p. 248)¹⁶.

A ampliação da visão e conscientização do processo de trabalho na equipe foi um tema recorrente como aprendizagem percebida pelos trabalhadores/alunos. Além da aquisição de novas ferramentas de trabalho como estratégia para o enfrentamento de situações complexas no cotidiano, assim como a organização de agenda e a estrutura de acesso ao serviço de saúde. Essas percepções vêm ao encontro dos achados descritos em uma pesquisa também realizada sobre um Curso de Especialização em Saúde da Família, no Estado da Bahia, onde nas questões dissertativas do estudo a maioria dos participantes referiu que, após o curso, teve um melhor entendimento do seu processo de trabalho, com uma ampliação da capacidade de análise crítica e a incorporação de novas tecnologias em Atenção Primária

em Saúde¹⁷. Assim como explicitam as falas dos participantes do presente estudo listadas a seguir:

“A visão de saúde da família ampliou muito pra mim, eu não tinha uma ideia, mesmo trabalhando há bastante tempo nisso, do quanto isso tava grande e espalhado por todo o Brasil, né. Hoje são muitas equipes, a cobertura de Saúde da Família é bem grande, né, e a gente às vezes, lá no nosso local, não faz ideia da grandiosidade desse movimento, da estratégia, de toda essa estrutura, né” (GBp)

“foi bom... eu já trabalho faz tempo na rede... mas é bom, assim, esse curso deu uma visão da história do SUS, da história da saúde pública...” (GBed)

“eu tô começando a trabalhar... a estudar aqui, e aí a gente se deparou com: o que a gente vai fazer? Porque lá é consulta agendada, e vinha demanda do pessoal lá querendo ser atendido por uma causa aguda e a gente pouco podia fazer, e aí a gente se deparou pelo caderno de atenção básica, pela demanda espontânea... e essa, a gente começou a implantar lá... porque a gente conseguiu manter o atendimento agendado e separou um tempo também pra demanda espontânea... então o pessoal chegava lá com uma causa aguda, uma febre, uma dor, também era atendido” (GAp)

A questão da discussão dos saberes de núcleos profissionais em interação uns com os outros no campo da Atenção Primária em Saúde também foi apontada pelos participantes, demonstrando um pensamento coerente com o princípio da integralidade do trabalho em saúde. Nesse processo, os atos de cuidar e pensar o trabalho em saúde ultrapassam a soma de olhares de vários núcleos profissionais para alcançar a visão do cuidado em saúde como um ato relacional e que precisa estar em sintonia com o contexto e a visão global dos usuários e comunidades¹⁸. Esse debate entre núcleo e campo e como executar a integração e ampliar esses conhecimentos é bastante atual e um grande obstáculo a ser superado nas formações. Esses dois conceitos, campo e núcleo, necessitam estar em sintonia tanto nos processos de formação como na dinâmica vivenciada no cotidiano de trabalho¹⁹:

“Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os

núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (p.221)

Porém, apesar dessas formulações já estarem sendo tema recorrente nas formações, os trabalhadores apontam como uma construção diferenciada e um aprendizado adquirido durante o curso, como ilustram as falas a seguir:

“É que tem as situações dentro da unidade que ocorrem com as enfermeiras, técnicos e agentes comunitários, que o médico parece que fica completamente isolado...” (GAp)

“...pensar mais global pra falar com outras pessoas também... não só atendendo o paciente, mas falando com a equipe toda, a enfermeira, as coordenações, ter noção do que ele tá falando..” (GAed).

Apesar desses desafios encontrados na construção de uma integração ou de um diálogo entre campo e núcleo no decorrer da formação, existe uma identificação e reconhecimento dos trabalhadores/alunos para um processo de trabalho em equipe e interdisciplinar. As disciplinas e os conhecimentos, atualmente, não alcançam produzir mais, isoladamente, respostas a todas as situações do mundo na contemporaneidade, pois vivemos diante de fatores complexos que envolvem uma série de dimensões. A interdisciplinaridade é uma das apostas para enfrentarmos esse desafio, que propõe o estabelecimento da síntese de conhecimentos, levando a uma perspectiva de interação dialética entre os saberes²⁰. Exemplificamos essas argumentações com as falas a seguir:

“E, como dentista, a minha formação foi há 23 anos atrás, mesmo tendo feito especialização em saúde coletiva, mestrado em saúde coletiva, foram todos na odontologia, nunca interdisciplinar como é aqui, com médicos, fazendo essa troca de experiências e essa atualidade de Estratégia em Saúde da Família, não é ainda a minha realidade, mas será no futuro” (GAp)

“A gente reforçou isso aqui nesse convívio entre profissionais, o valor que cada um tem para equipe. Até com a enfermeira a gente tem uma relação de muita intimidade, mas realmente esse é o único contato com os dentistas, que a gente tem que ultrapassar mesmo, né” (GBp)

Em relação à modalidade do Curso e seu respectivo aproveitamento, a percepção encontrada entre participantes acompanha a singularidade da turma e a escolha da metodologia em cada uma. Na modalidade presencial, percebeu-se a relevância da presença física do professor e sua responsabilidade ao nortear os conteúdos e conduzir a aprendizagem, além da interação presencial com os colegas, proporcionando o conhecimento de diferentes realidades, como ilustram algumas falas de trabalhadores/alunos participantes do curso:

“é que essa interação com o professor, né, no EAD é aquilo assim, ele passa a informação e acabou, né... E a gente, às vezes, quer a oportunidade de trocar informações.. É trocar e-mails pra poder continuar e depois pedindo informações e eles mandam pra gente: ‘Não, vou mandar esse aqui e tal...’. Essas informações eles podem passar também, não só o teórico, mas outras coisas mais da própria vivência de cada um” (GBp)

Percebe-se que o formato de uma metodologia mais próximo de um modelo tradicional de ensino, que tem o professor como centro do processo de ensino-aprendizagem, vivenciado durante anos de formação anterior e talvez já “cristalizado” no imaginário de muitas pessoas, as leve a crer que a responsabilidade do processo de ensino está no professor²¹. Entretanto, esta visão pode cercear a perspectiva de aproximação e aceitação de novos formatos de ensino que requerem do aluno mais autonomia, mais gerência sobre o seu tempo, suas dificuldades, suas motivações e suas potencialidades como aluno, inclusive, para estabelecer parcerias e conexões de aprendizagem no espaço da sala de aula (com os colegas e com o professor) ou fora dela. O que é possível em ambas as modalidades, tanto presencial como em EAD.

Ocorre que em alguns casos, por não conhecer, não ter familiaridade ou não aceitar novas possibilidades de ensino e formação que utilizam metodologias ativas, onde a centralidade do ensino não está mais no professor

e nem no aluno, mas no processo de aprendizagem e na relação pedagógica nele implicada, leve alguns a criticar sem o devido conhecimento e vivência em questão.

Porém essa concepção percebida por alguns participantes, também se mistura com uma pedagogia relacional²², que adota metodologias ativas e compreende que o conhecimento não é uma transmissão de conhecimento do professor para o aluno e que a aprendizagem e a construção do conhecimento ocorrem na relação e nos encontros estabelecidos nas situações de ensino-aprendizagem. Entende-se que o aluno possui a sua história, sua experiência e que, no compartilhar dessas histórias, junto com o professor e seu próprio contexto, este estabelecerá o seu processo educativo. A ideia central é que o aluno, através da interação, das trocas, possa problematizar os conteúdos e os conhecimentos e assim ir construindo o seu processo singular de aprendizagem²². Esta interação pode ocorrer tanto no ensino presencial, quanto na EaD, embora não tenha sido esta a percepção dos participantes como percebe-se na fala a seguir:

“Eu já tinha feito uma pós e eu achei superpobre, comparada a essa aqui. Adorei a pós, que nem a colega falou, eu não me adaptaria em fazer um curso desses por EAD, até pela questão de horários, tu sentar, tu lendo várias, ah! né... sem ter a interação com o professor, com colegas, sem a gente poder discutir, sem ter outros horizontes, né... Porque o rico, eu acho, do presencial é essa troca de informações, essa troca de experiências... eu achei maravilhoso!” (GAp)

Em relação à modalidade de educação a distância, na percepção dos participantes, o que foi ressaltado com maior intensidade foi a ampliação de ofertas de aperfeiçoamentos e qualificação profissional que esta proposta oferece. Essa ampliação oportuniza um maior acesso aos trabalhadores que não atuam nos grandes centros, onde se concentra a maioria das formações em saúde, assim como ilustradas nas falas abaixo:

“como eu não tinha nenhuma pós ainda, nada, eu... achei interessante, principalmente em função de (ser) EaD... Então isso me motivou bastante assim, de não ter que tá vindo a cada quinze, né, que pra mim ia ser complicado... Eu não teria

como fazer esse curso presencial, Candelária fica distante, depende de tempo, de locomoção, enfim... então, por isso as oportunidades..." (GAed)

"e o EaD também veio à tona e facilitou bastante pra nós, somos do interior, né... é mais difícil fazer se fosse curso presencial..." (GAed)

Um estudo sobre a opinião de tutores a respeito de cursos *online* para qualificação profissional na saúde aponta que a educação a distância proporciona uma ampliação do acesso a um maior número de alunos e institui outra dinâmica de conhecimento, partindo da prática para a teoria, que se apoia na interação via ferramentas de comunicação²³. Recentemente, alguns estudiosos têm discutido uma outra metodologia e ferramenta educacional a distância, MOOC, que significa "curso aberto pela Internet para grandes massas" (em inglês, Massive Open Online Course). Segundo alguns, constitui uma possível ruptura na educação superior em termos de ensino e aprendizagem *online*. Embora, desde meados dos anos de 1990, cursos *online* sejam oferecidos, o primeiro com características próprias de MOOC foi ofertado em 2007 na Utah State University, por David Wiley, ainda que a denominação MOOC só tenha sido cunhada um ano após por George Siemens e Stephen Downes, na Athabasca University, no Canadá²⁴.

Nesse novo formato de proposta, duas questões caracterizam os MOOCs: são cursos abertos e permitem escalabilidade. Sobre a possibilidade de cursos abertos, significa que mesmo estudantes que não estão oficialmente registrados na instituição promotora podem participar. No entanto, é preciso lembrar que uma limitação ao "aberto" está associada à exigência de habilidades mínimas por parte dos participantes, o famoso "letramento digital", além da infraestrutura tecnológica com acesso à Internet e preferencialmente com uma banda razoável que permita a navegação sem muitas frustrações. A respeito da escalabilidade, o desenho do curso é apropriado para atender crescimento exponencial de matrículas, podendo chegar a centenas de milhares de estudantes participando em cada oferta de curso²⁴.

A interação com os colegas e o contato com outras experiências também foram pontos percebidos para os trabalhadores/alunos da turma EaD. Mesmo não possuindo o cotidiano e a interação construída e destacada na turma presencial, o acesso e a utilização das tecnologias virtuais para propiciar a

interação e o compartilhamento de ideias foram ressaltados como aspectos presentes durante a formação. As falas que se seguem abordam esse tema pelos trabalhadores/alunos:

“...e eu tive uma evolução, a gente vai aprendendo funções novas e vai lendo os textos dos colegas, as interações com os colegas que são de outras áreas, tu vai sempre tendo outras visões, né... tem que ler o que os outros escrevem...” (GBed)

Um dos pontos de reflexão de cursos em distância diz respeito à interação do aluno ao processo de formação. Nesse sentido, entende-se que em um ambiente de aprendizagem, normalmente entendido e gerenciado a partir da ótica do professor, para se constituir em lugar de aprendizagem necessita, entre outras coisas, que o aluno deseje fazer parte²⁵.

Os processos de interação e comunicação, sejam eles relacionados a tecnologias, processos de cognição e afetivos que acontecem no interior de um ambiente virtual, podem ter repercussões positivas ou não no cotidiano, nos sentimentos e aprendizagem dos alunos. A interação, principalmente entre os pares, está associada com a satisfação relacionada à aprendizagem e ao nível de qualidade geral do curso²³.

Relação do Curso de Especialização com a prática de trabalho

Neste eixo, foram destacadas as percepções dos trabalhadores/alunos a respeito da influência do processo do Curso de Especialização nas suas práticas de trabalho em Atenção Primária em Saúde (APS). Esta categoria foi analisada de acordo com as possibilidades apontadas pelos participantes de realizar a relação do Curso com a prática do trabalho e de este interferir de maneira positiva nesse contexto, e das dificuldades encontradas nessa trajetória para implantar/implementar ou colocar em prática os conhecimentos e processos de formação aprendidos na realidade de trabalho.

Referente às questões apontadas pelos participantes como possibilidades da relação do Curso de Especialização com a prática da APS, destaca-se a integração da teoria e da prática, pois os conhecimentos foram utilizados

também como ferramentas para conhecer e reconhecer a realidade local e do processo de trabalho da equipe, como mencionado na fala abaixo:

“eu acabo vendo bastante o trabalho da USF e o curso tem me ajudado muito a ver... eu levo pra minha unidade: eu fechei um dia da semana e faço reunião de equipe onde todos participam, dentistas, auxiliar de odonto, todos os médicos, clínicos, pediatras, todos os profissionais... A gente tá conseguindo fechar duas horas, e a gente faz a reunião da equipe e... tá sendo muito bom, a gente já está colhendo os frutos, na UBS, sabe...”(GAp)

O entendimento do formar se aproxima de um processo de transformação, onde se estabelece uma relação indissociável entre o cuidado em saúde e os processos de gestão. O trabalhador de saúde é visualizado como protagonista de seu processo de trabalho, como um ator que planeja e executa as ações²⁶. Nesse sentido, diante dessa proposta, a ideia é que:

“...os participantes assumam o papel protagonista e a partir desta posição, possam extrair de suas vivências os elementos motivadores do estudo, ao mesmo tempo que se tornam capazes de intervir em suas realidades de trabalho, buscando construir soluções inovadoras para seus problemas cotidianos relacionados à gestão e à organização da rede de saúde” (p. 1091).

Nessa mesma perspectiva, nas duas turmas, foram apontadas como uma das principais contribuições na prática a implantação e implementação de atividades educativas e coletivas em saúde. Ações estas que diferem da lógica individualista proposta na maioria dos cursos de formação na área da saúde, que são ilustradas na fala a seguir:

“eu consegui implantar bastante coisas das coisas que eu aprendi... durante... a parte de grupo que ninguém acreditava... até por um questão cultural, que não era muito, não conseguia realizar na cidade, a gente conseguiu implementar, foi bem legal. A gente fez um grupo de gestantes pré-natal odontológico que nunca tinha existido nem realizado lá” (GBed).

Essa iniciativa corrobora com os resultados encontrados no questionário *online*, aplicado no início do curso, onde 94,9% dos trabalhadores/alunos manifestaram a expectativa de que o curso de especialização pudesse provocar mudanças na prática. O produto da aprendizagem não se refere a uma repetição mecânica, mas a uma atividade criadora, de modo que a solução não se finaliza na problematização, nem na experimentação²⁶.

Outro aspecto relevante percebido pelos trabalhadores/alunos foi o entendimento do curso como uma possibilidade de Educação Permanente em saúde, objetivando a reflexão, problematização e qualificação do processo de trabalho tanto da equipe quanto dos próprios profissionais. O desafio que a Educação Permanente enfrenta e pretende enfrentar é pensar o cotidiano como um lugar vivo, onde nos relacionamos e nos tornamos agentes ativos no processo. Onde o fazer no mundo do trabalho, em sua micropolítica, possa tornar essas intenções e implicações dos agentes em componentes explícitos para a constituição de uma produção de redes de discussões coletivas entre os trabalhadores e equipes de saúde e então explorar essa produção como atos pedagógicos²⁷. Essas percepções podem ser visualizadas pela fala de um deles:

“quem não faz educação permanente não consegue estudar muito fora de seus problemas. Se bem que agora, lá em Bento, a gente tem todo um... O ano passado a gente não tinha capacitação permanente, esse ano começou, todo mês a gente tem uma palestra sobre um assunto da nossa realidade e às vezes assuntos relacionados, e, o curso, ele traz muita essa atualização pra nós. Eu me formei já faz mais de 10 anos, 15 anos, então isso aí é pra mim lembrar, aprender coisas novas... saber que eu nunca mais vou conseguir, que ninguém nunca mais vai conseguir parar de aprender, né...” (GBed)

Em um dos estudos realizados sobre as contribuições de um curso no processo de trabalho dos participantes, na percepção dos profissionais, o processo de Educação Permanente desenvolvido no Curso proporcionou espaços mais democráticos de discussão, permitindo um aprendizado mais coletivo e de discussões de conceitos relevantes para direcionar o cuidado⁵. Além disso, possibilitou disparar processos de transformação tanto na gestão quanto no cuidado, como é apontado na fala abaixo:

“o pessoal tá gostando, tá propondo, o pessoal sempre fazia as mesmas coisas, e quando se falava em algo diferente ninguém queria saber de nada... Então, assim, tem motivado, porque é difícil motivar as pessoas a mudarem, mas na reunião de equipe eles estão tendo as necessidades... E a gente conseguiu também ter uma gestão... uma capacitação de violência, uma semana... A gente tem um profissional da Secretaria da Saúde pra dar o curso de violência, e na outra é só reunião da equipe,

então assim, tá sendo muito bom, e eu tô levando coisas também que eu aprendo no curso para capacitação. O nosso grupo de gestantes tava fraco e eu utilizei a ideia da colega aquela de fazer o artesanato, eu levei e a equipe topou, porque eu não quero levar uma ideia minha e eu vou fazer sozinha, eu quero que a equipe abrace a ideia... (GAp)

Referente à contribuição do Curso na prática de trabalho, também foram apontadas algumas dificuldades em desenvolver a articulação da formação no cotidiano de maneira que pudesse produzir mudanças no cenário em que estão inseridos. O vínculo de trabalho e as constantes mudanças dos profissionais das equipes foi um dos pontos percebidos pelos trabalhadores/alunos como não facilitador de construção de mudanças de prática, pois frequentemente se recompõem novas equipes, assim como se percebe nas falas a seguir:

“...na estratégia que eu trabalhava não existe nenhum profissional do ano passado... nenhum, trocou todo mundo... trocou todo mundo, todas mudaram... ninguém... tá todo mundo perdido... total... tá um horror! (GBed)

“O grande problema, eu acho, pelo menos na minha... é o vínculo empregatício. A gente tá vivendo agora um dilema, um crescimento, está crescendo, tá ampliando a base, ótimo, mas... e o vínculo de trabalho do profissional, isso tá faltando. Pra mim, isso que a gente tem que buscar, é contrato da minha gestão, sem CLT, sem estatutário, nada, então, assim, a partir do momento que o gestor não quer mais trabalhar, amanhã pode ir embora, e o que eu recebo, só o proporcional de férias, proporcional de décimo terceiro, e proporcional do salário onde eu for mandado embora” (GAp)

De acordo com as respostas do questionário *online* dos participantes, 42,4% possuíam um vínculo de concursado/estatutário, e 9,1%, de funcionário público CLT(Consolidação das Leis do Trabalho). Os outros 45,5% possuíam um vínculo sem estabilidade, distribuídos entre: cooperativado (6,1%), temporário (15,2%), contratado pelo terceiro setor (9,1%), contratado com Recibo de Prestação de Autônomo – RPA (3,0%). Em um estudo, com o objetivo de analisar o perfil de profissionais que frequentavam os cursos de especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foram encontrados dados semelhantes em relação ao vínculo empregatício¹⁴. Nesse

estudo, 47,0% dos alunos tinham contratos temporários, por prestação de serviços e cargos comissionados, em contraposição a 48% que estavam no regime estatutário da CLT e, portanto, com direitos e estabilidade no emprego mais assegurados. Esse fato, muitas vezes, justifica as constantes trocas de profissionais nas equipes e, conseqüentemente, o comprometimento de todo o trabalho da ESF, impossibilitando a formação de vínculos e a construções de novas práticas profissionais que contribuam para a mudança do atual modelo de atenção à saúde¹⁴.

O tema da Educação Permanente em Saúde foi percebido pelos trabalhadores/alunos tanto como uma possibilidade de transformação e mudança de prática, como dificuldade por não terem garantia e valorização desse espaço no cotidiano. De acordo com as respostas do questionário, 97,3% dos trabalhadores/alunos referiram sentir necessidade de realizar Educação Permanente em Saúde da Família (EPS). Porém, apenas 30,8% responderam existir uma carga horária semanal ou mensal para capacitações e processos de EPS contemplados no seu cotidiano de trabalho. Seguem-se exemplos dessa situação nas falas abaixo:

“...fazendo um curso de especialização, a gente teria direito a tanto tempo pra fazer esse curso, a gente teria tipo uma dispensa de tantas horas de trabalho, né... e a gente não tem, nem dispensa de horário, nem diminuição da carga horária, nem abono, nem estímulo, nem ninguém sabe que tu estás fazendo um curso e o que poderia ser aproveitado pelo município” (GBp)

“E os gestores não querem saber de liberar meio dia.. não... só que eles podiam, né... a gente tem que tirar férias pra fazer o portfólio porque, senão...” (GBed)

Portanto, alguns apontamentos demonstram que a percepção dos alunos é de que muitos gestores não possuem o entendimento da Educação Permanente como processo de produção de trabalho e que pode ter interferência nas transformações das situações do dia a dia. Ainda vivemos em uma sociedade que determina que alguns podem ter o direito de refletir, pensar e atuar, enquanto que outros são pressionados a viver uma realidade alienada de cumprir tarefas, atividades, quantificando-as em produtividades e que estão dissociadas do processo de gestão e criação¹⁶.

Ao encontro desse debate, os trabalhadores/alunos referiram a interferência da política e da desqualificação dos gestores municipais como dificultadores do processo de implantação de diretrizes e práticas de saúde coerentes com as políticas públicas vigentes. Existem muitos desafios ainda atuais para a concretização de um processo de descentralização da Saúde no SUS. Os principais pontos discutidos são a falta de corresponsabilização das três esferas de governo, a interferência da política local em detrimento da política de saúde, a falta de qualificação dos técnicos-administrativos que estão na gestão e dos trabalhadores de saúde e a dificuldade na democratização dos espaços de gestão e controle social²⁸. As falas a seguir ilustram essas argumentações:

“...tava tendo um entrosamento melhor e estava sendo possível ver uma ESF engatinhar ali no posto. Aí logo vieram as eleições, aquela influência política na saúde, aquele ambiente pesado, porque era aqueles vereadores ou candidatos a reeleição ou candidatos novos, todos querendo se beneficiar de receita, encaminhamento, pedido de exame, e foi ficando insuportável o serviço...” (GBp)

“Esse Conselho de vocês... é um Conselho real e estruturado, o nosso Conselho lá é tudo carta marcada...”(GAp).

Porém, podemos perceber também outras maneiras de compreender os processos da política e a sua interface com a produção de subjetividade no nosso cotidiano. Destaca-se a fala a seguir de um trabalhador/aluno que vai ao encontro dessa proposição:

“...conclusão do curso de graduação foi sobre o índice de cárie no município, aí eu peguei isso e mostrei para o gestor que o índice estava altíssimo... e a gente conseguiu ... também... a gente fez um projeto nas escolas” (GBed).

Trata-se então de se afirmar que a política necessita estar em toda parte, a micropolítica precisa ser vista para ser um agente de transformação do campo subjetivo, “a questão da micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetivação dominantes”²⁹ (p.155). A democracia, ou a organização política estabelecida, somente consegue expressão e ganha consistência em grandes níveis das instituições e políticas sociais se existirem

no nível da subjetividade dos indivíduos e grupos novas atitudes, novas práticas que impeçam o retorno de velhas estruturas²⁹.

Considerações finais

O desenvolvimento do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelas instituições Associação Hospitalar Moinhos de Vento e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre UFCSPA/UNASUS provocou uma série de reflexões e alterações no cotidiano de prática dos trabalhadores/alunos, como reorganização do processo de trabalho de equipe (reunião de equipe e organização de agendas), implementação de atividades coletivas, implementação de acolhimento a demanda espontânea e maior compreensão do processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família.

Em relação às modalidades do curso, percebeu-se que, em ambas as turmas, houve a percepção de uma ampliação dos conhecimentos referentes ao Sistema Único de Saúde – SUS, informações em saúde e a Política de Atenção Primária em Saúde. As diferenças nos processos de formação relacionadas às duas turmas corroboram com as singularidades já propostas por suas modalidades, ou seja, existem especificidades em uma formação a distância em função da interação virtual e da inserção de tecnologias na comunicação, assim como a formação presencial dispara outros mecanismos de caráter relacional que compõem o processo de aprendizado. Porém, essas singularidades de cada modalidade foram percebidas pelos trabalhadores/alunos de maneira positiva no decorrer do processo de formação, acarretando em uma percepção de um aprendizado que condiz com as expectativas prévias e com a motivação que os levou ao ingresso no Curso.

Destaca-se ainda que, diferente dos questionamentos e dúvidas relacionados a cursos na modalidade a distância, a percepção dos trabalhadores/alunos, relacionada à sua formação, foi apontada de maneira positiva, principalmente no que está relacionado ao conteúdo apresentado, à aplicabilidade na prática desses conhecimentos e à ampliação de oportunidade de aperfeiçoamento a profissionais que encontram-se distantes dos grandes centros urbanos.

Outro aspecto que também merece destaque é a percepção dos trabalhadores/alunos em relação à potência de mudança de prática no processo de formação e Educação Permanente. Porém, apesar de a EPS ser apontada como um dispositivo interessante para reflexão e problematização, ainda existe pouca valorização e espaços garantidos, nos serviços aos quais estão vinculados, para que essa ferramenta se concretize como política no cotidiano dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Como limitações do estudo destaca-se a desistência de alguns alunos durante o percurso da pesquisa, o não preenchimento do questionário online por todos os alunos do Curso e a diminuição de participantes no segundo Grupo Focal, para ambas as turmas. As desistências do Curso ocorreram principalmente após o sorteio para as turmas, pois para alguns alunos a modalidade presencial não era viável, naquele momento, pelo fato de trabalharem em locais distantes de Porto Alegre. Por sua vez, dentre os selecionados para a turma EaD nem todos tinham esta modalidade como preferência, o que pode ter influenciado sua continuidade ou não no Curso.

Salienta-se que este estudo está relacionado a uma realidade específica de formação e tem como intuito ressaltar questões percebidas pelos atores envolvidos, trazendo com isso possíveis reflexões para os processos de formação, para novos estudos com esta temática e para continuidade de outros com o aprofundamento destes achados.

Fontes de financiamento

A pesquisa recebeu financiamento de instituições públicas, como FAPERGS e CAPES para a sua realização. Além disso, o curso foi financiado pelo Ministério da Saúde.

Colaboradores

Luciana Bisio Mattos participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, da construção e revisão da base de dados, da análise estatística, da análise e discussão dos resultados, da construção das tabelas e da redação do texto.

Cleidilene R. Magalhães e Alessandra Dahmer participaram da concepção do estudo, da análise e discussão dos resultados, da orientação do estudo e da revisão do texto.

Conflitos de interesse

A autora Alessandra Dahmer exerce a função de Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFCSPA. Os demais autores não apresentam conflitos de interesse.

Agradecimentos

À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, pela realização do Mestrado em Ciências da Saúde.

À CAPES, pelo incentivo e financiamento deste estudo.

Aos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde do Rio Grande do Sul, pelo apoio e participação na coleta de dados para o estudo.

À UNASUS/UFCSPA e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, pelo apoio, oportunidade de estudo e empenho para o desenvolvimento do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Referências:

1. CONNIL, E. M. Desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
2. BRASIL, **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Presidência da república. Casal Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. 1990.
3. BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. MOTTA, J. I. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso**. Dissertação de mestrado, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
5. LIMA, Et al. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de Transformação das Práticas: Possibilidades e Limites. **Trab.**

Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010.

6. LOPES, et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Ciências Saúde**, v 18, n (2):147-155, 2007.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1

8. DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde: Ministério da Saúde, 39-59, 2009.

9. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

10. UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Universidade Aberta do SUS- Cursos: **Projeto de especialização em Saúde da Família UFCSPA e UNA-SUS**. Disponível em: <<http://unasus.ufcspa.edu.br/saude_da_familia.php>>. Acesso em abril 2012

11. MOINHOS DE VENTO, H. **Projeto Pedagógico – Especialização em Saúde da Família**. Instituto de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre, 2011.

12. DE ANTONI, C. MARTINS, C, FERANATO, M. A, ET AL. Grupo Focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, V. 53 , n(2), 38-53, 2001.

13. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

14. GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.

15. MACHADO MH. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

16. BAGNATO, M. H. S. E MONTEIRO, M. I. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** , v. 4 2: 247-258, 2006.
17. HEINZELMAN, R. S. **Avaliação da efetividade de um curso de especialização em saúde da família para qualificação da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia**. Dissertação de mestrado profissional, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do rio Grande do Sul, UFRGS, 2012.
18. BONFADA, D et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.17 no.2 Feb. 2012.
19. CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
20. FEUERWERKER LCM, SENA RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe – sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico** v 5(18):5-6, mar 1998.
21. PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out, 2003.
22. BECKER, F. **Educação e construção do conhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
23. LAGUARDIA, J. CASANOVA A., MACHADO R. A Experiência de Aprendizagem on-Line em um Curso de Qualificação Profissional Em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 97-122, mar./jun.2010.
24. MOTA, R. e INAMORATO, A. MOOC, uma revolução em curso. **Jornal da Ciência**, nov, 2012.
25. SARAIVA, L. M. PERNIGOTTI, J. M. et al. TENSÕES QUE AFETAM OS ESPAÇOS DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 483-491, set./dez. 2006.
26. GUEDES, C. R., et al. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: experiência de um curso para gestores e trabalhadores da

atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19(4): 1087-1109, 2009.

27. MERHY. E. E, et al. Educación Permanente en Salud: uma Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **SALUD COLECTIVA**, Buenos Aires, 2(2): 147-160, Mayo - Agosto, 2006.

28. SILVEIRA et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1714-1726, set, 2010.

29. GUATTARI, F. E ROLNIK S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Rio de Janeiro, Vozes, 2011.

30. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Quadro 1 – Categorias do eixo: Relação com o processo de formação no curso de especialização

<i>Categorias</i>	<i>Turma Pres</i>	<i>Turma EAD</i>
Motivação para o curso	<ul style="list-style-type: none"> - Busca de qualificação e aprofundamento de conhecimentos; - Gratuidade do curso; - Troca de experiências e superação do isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de ser EAD; - Busca de novos aprendizados sobre o trabalho, compartilhamento de funções/atividades e novos conhecimentos; - Comprometimento com o curso pela gratuidade e busca de melhora financeira por retribuição à formação.
Aprendizagens no curso	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da Política de Atenção Primária em Saúde de forma integral, ampliando os horizontes sobre a temática; - Organização do processo de trabalho para o acolhimento à demanda espontânea; - Acesso a informações, a onde buscar (acesso a sistemas de informação em saúde, indicadores, dados de saúde do município). 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão do Sistema Único de Saúde como um todo; - Integração e trocas de saberes entre os diferentes núcleos profissionais – interdisciplinariedade interdisciplinaridade; - Ampliação da visão dos sistemas de informações e dos dados epidemiológicos.

<p>A modalidade do curso/aproveitamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trocas de experiências entre os colegas; - Possibilidade de nortear os conhecimentos (interação com o professor); - Apoio entre os colegas para a continuidade no curso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de ter acesso a um curso de especialização por ser EAD; - Compartilhamento com os colegas através da criação de grupos (<i>email</i>); - Possibilidade de ter contato com as produções e visões de várias profissões.
--	--	---

Quadro 2 – Categorias do eixo: Relação do curso de especialização com a prática de trabalho

Curso	Possibilidades	
Influência na relação do curso com a prática de trabalho	Turma Pres	Turma EAD
	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de atividades coletivas e educação em saúde nos territórios; - Organização de reunião de equipe como um dispositivo para integração dos profissionais e organização de capacitações e educações permanentes; - Qualificação do cuidado oferecido na atenção. <p>Dificuldades</p> <p>Turma pres</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de implementação de atividades coletivas no território; - Modificação do processo de trabalho (organização de agenda e implementação da política de saúde); - Integração do conhecimento com a realidade local; - Reflexão sobre o processo de trabalho através de leituras, estudos e espaços de educação permanente. <p>Turma EAD</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão desvinculada das diretrizes da Política de Saúde; - Não garantia de 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilidade dos profissionais/precariedade de vínculos de trabalho; - Compreensão da gestão

	<p>espaços para educação permanente em saúde;</p> <p>- Não valorização da qualificação profissional.</p>	<p>sobre as políticas de saúde/interferência política;</p> <p>- Compreensão e valorização de espaços de educação permanente em saúde.</p>
--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do processo de formação no Mestrado acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, ocorreram várias aprendizagens relacionadas à temática estudada e em organização e estruturação de pesquisas científicas.

Durante o estudo, realizei uma aproximação intensa sobre os conceitos de Atenção Primária em Saúde, formação em saúde e educação permanente em saúde, trazendo conhecimentos tanto para a discussão dos dados da pesquisa quanto para a minha prática profissional na coordenação de Atenção Primária em Saúde do município onde atuo, como Apoiadora Institucional.

Diante dos conhecimentos desenvolvidos durante as disciplinas vinculadas ao mestrado, pude aprofundar meus conhecimentos em pesquisa científica, tendo contato com os principais delineamentos de estudos quantitativos e qualitativos mais utilizados atualmente em âmbito nacional e internacional. Nesse percurso desenvolvemos, além da dissertação e artigo apresentado, trabalhos científicos para congressos internacionais, tanto no formato de resumo em pôster (2º Congresso Latinoamericano y Del Caribe sobre Salud Global – Santiago de Chile), em janeiro de 2013, quanto no formato de artigo completo com publicação nos anais (XII Congresso Internacional Galego Português de Psicopedagogia – Braga, Portugal), em setembro de 2013.

Este último trabalho (Anexo F) não está relacionado diretamente aos objetivos propostos por esta dissertação, mas, em função dos dados produzidos, oportunizou-se a realização de mais estudos para a continuidade do debate sobre a formação de recursos humanos para o SUS e para a continuidade do projeto de pesquisa, analisando as variáveis intervenientes no processo de aprendizagem dos participantes do curso. Este enfoque da “aprendizagem no curso” é objeto de estudo de outra integrante do grupo de pesquisa a que este projeto está vinculado, e está em desenvolvimento. O que apresentamos por hora no artigo em anexo é fruto da produção atual sobre o tema, mas ainda encontra-se em aberto para complementação depois da reaplicação do instrumento após a finalização do curso. Com estes novos

dados e discussão mais robusta este outro artigo deverá ser submetido a publicação em futuro próximo.

ANEXO A
PARECER COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL

A01) Qual seu nome? _____

A02) CPF (Identificação) _____ / _____

A03) CNES da unidade de saúde: _____

A04) Município de atuação: _____

A05) Qual seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino

A06) Qual sua data de nascimento? ____ / ____ / ____

A07) Qual sua situação conjugal?

(1) Solteiro(a)

(2) Casado(a)/ união estável/ tem companheiro(a)

(3) Divorciado(a) / separado(a)

(4) Viúvo(a)

A08) Quantos filhos você tem? ____

A09) Cite abaixo as informações em relação à sua formação de acadêmica.

(Quando a opção for "SIM" descreva a área em que realizou o curso.

Nível	Curso (Área)	Nome da instituição	Ano de conclusão
Graduação	(1) Enfermagem (2) Medicina (3) Odontologia	_____	____ _
Residência	(1) não (2) Sim, em quê? _____	_____	____ _
Especialização <i>latu sensu</i>	(1) não (2) Sim, em quê? _____	_____	____ _
Mestrado	(1) não (2) Sim, em quê? _____	_____	____ _
Doutorado	(1) não (2) Sim, em quê? _____	_____	____ _

A10) Você participou de algum tipo de treinamento/capacitação introdutória em Atenção Primária em Saúde?

(1) Não (2) Sim, qual?

A11) Você tem acesso a material de atualização na área de Atenção Primária à Saúde? (Cadernos de Atenção Básica, diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, boletins informativos, demais materiais publicados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual ou Secretaria Municipal de Saúde).

(1) Não (2) Sim

A12) De quais maneiras você tem acesso a este material? (Assinale quantas alternativas forem necessárias para descrever o seu acesso.

(1) Acesso ao *site* (*on-line*)

(2) Recebe por *e-mail*

(3) Acesso pela Secretaria Municipal de Saúde

(4) Acesso pela Secretaria Estadual de Saúde

(5) Recebe pelo Correio

(6) Outras

A13) Quanto à consulta e ao uso deste material, assinale a melhor alternativa que se aplica a quando você utiliza:

(1) Leio quando são lançados e eu tenho o primeiro contato com eles.

(2) Utilizo quando tenho uma situação clínica que tem relação com o assunto tratado no material.

(3) Vejo quando tenho um tempo livre e quero me atualizar.

(4) Utilizo quando sou indagado por um paciente sobre algum assunto que não domino.

(5) Leio quando é indicado por um colega de trabalho.

(6) Outra. Qual?

A14) Com que frequência você utiliza o material produzido pelo Ministério da Saúde para se manter atualizado?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Material impresso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Material <i>on-line</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

A15) Você consultou outras fontes de Educação Permanente nos últimos 30 dias?

(1) Não (2) Sim

A16) Marque quais foram as fontes consultadas:

(1) Diretrizes clínicas Internacionais

(2) Diretrizes clínicas Nacionais

(3) Cochrane

(4) Outras. Quais: _____

A17) Você sente necessidade de Educação Permanente na área da Saúde da Família?

(1) Não (2) Sim

A18) Quem estimulou você a realizar o curso de Especialização em Saúde da Família?

(1) Secretário de Saúde do município

(2) Decisão pessoal

(3) Sugestão de algum colega de trabalho

(4) Outra resposta. Qual? _____

A19) Entende-se que um curso de especialização pode provocar mudanças na atuação profissional. Você concorda?

(1) Não (2) Sim (3) Às vezes

A20) Em caso positivo, enumere em ordem de importância (de 1 a 9) os seguintes itens impactados:

() No seu dia a dia de trabalho

() Na sua relação com a comunidade

() Na sua visão sobre a assistência à saúde

() No gerenciamento dos serviços e ações de saúde

() Nas ações estratégicas

() Nas relações interinstitucionais

() Na tomada de decisões

() Outra. Especifique: _____

() Outra. Especifique: _____

A21) Justifique sua resposta:

A22) Qual é o seu salário bruto referente ao trabalho desempenhado na Unidade?

(1) R\$ 622 a R\$ 1.244,00

(2) R\$1.245,00 a R\$ 2.499,00

(3) R\$ 2.500,00 a R\$ 3.799,00

(4) R\$ 3.800,00 a R\$ 5.000,00

(5) R\$ 5.001,00 a R\$ 6.299,00

(6) Mais que R\$ 6.300,00 (Especificar): __ __ . __ __ __ , __ __

A23) Além do trabalho desempenhado na Estratégia Saúde da Família, qual sua renda (bruta) em outras atividades? (soma das rendas de outros estabelecimentos públicos e/ou privados)

(1) R\$ 622,00 a R\$ 1.244,00

(2) R\$1.245,00 a R\$ 2.499,00

(3) R\$ 2.500,00 a R\$ 3.799,00

(4) R\$ 3.800,00 a R\$ 5.000,00

(5) R\$ 5.001,00 a R\$ 6.299,00

(6) Mais que R\$ 6.300,00 (Especificar): __ __ . __ __ __ , __ __

QUESTÕES SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (SF) EM QUE TRABALHA:

B01) Nome da sua Equipe de Saúde da Família:

B02) Qual a modalidade de atenção de sua UBS?

(1) Saúde da Família

(2) Tradicional

(3) Parametrizada

B03) Quantas Equipes de SF existem na Unidade? ___ ___ equipes

B04) Qual a data de início do funcionamento da sua Equipe de SF?: ____/____
(mês/ano)

B05) Qual o número de habitantes cobertos pela sua Equipe de SF?:

___ ___ ___ ___ (habitantes)

B06) Marque qual é a carga horária semanal prevista para os profissionais que compõem a sua equipe de SF.

B06a) - médico ___ ___ horas

B06b) - enfermeiro ___ ___ horas

B06c) - técnicos de enfermagem ___ ___ horas

B06d) - agentes comunitários de saúde ___ ___ horas

B07) Existe equipe de Saúde Bucal na sua unidade de saúde?

(1) sim (2) não

B08) Qual a carga horária semanal prevista para os profissionais que compõem a equipe de Saúde Bucal?

B08a) Dentista ___ ___ horas

B08b) Auxiliar em Saúde Bucal ___ ___ horas

B08c) Técnico em Saúde Bucal ___ ___ horas

B09) Possui, no momento, outra atividade remunerada?

(1) Não

(2) Sim, profissional da Rede de Saúde Pública da Atenção Primária à Saúde

(3) Sim, profissional de Saúde da Família

(4) Sim, profissional da Rede de Saúde Pública da Atenção Hospitalar

(5) Sim, profissional da Rede de Saúde Privada. Especifique:

(6) Sim, profissional Liberal. Descreva: _____

(7) Sim, outra não citada acima. Qual? _____

B10) Qual a carga horária semanal disponibilizada para esta(s) atividade(s)?

__ __ horas

INFORMAÇÕES SOBRE O SEU TRABALHO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

C01) Há quanto tempo você atua na Atenção Primária à Saúde?

__ __ anos (completos) e __ __ meses.

C02) Este é o seu primeiro trabalho em uma Equipe de Saúde da Família?

(1) Não (2) Sim

C03) Há quanto tempo atua em Equipes de Saúde da Família?

__ __ anos (completos) e __ __ meses.

C04) Há quanto tempo trabalha nesta Equipe de Saúde Família?

__ __ anos (completos) e __ __ meses.

C05) Qual sua carga horária semanal de trabalho nesta Equipe de Saúde da Família?

__ __ horas

C06) São previstas, na sua carga horária semanal (ou mensal), atividades de Educação Permanente (cursos de atualização ou capacitações)?

(1) Não (2) Sim - Quantas horas? ___ horas () semanais () mensais

C07) Como foi o seu processo de contratação atual?

(1) Concurso

(2) Processo seletivo

(3) Indicação

(4) Entrevista

(5) Outro. Qual? _____

C08) Qual o tipo de vínculo empregatício em relação ao seu trabalho na Equipe de Saúde da Família?

(1) Concursado (Estatutário)

(2) Funcionário público CLT

(3) Cooperativado

(4) Temporário

(5) Contrato de prestação de serviço

(6) Contratado pelo Terceiro Setor (Organização de Saúde, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, etc.)

(7) Sem vínculo (por exemplo RPA)

(8) Outro. Qual? _____

C09) Você está inserido em algum plano de carreira?

(1) Não (2) Sim

C10) De forma geral, qual a sua satisfação com a relação à sua forma de vínculo?

Totalmente	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Totalmente
------------	--------------	-------------	------------	------------

insatisfeito				satisfeito
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

C11) Como você classifica as condições gerais de trabalho na sua Equipe de Saúde da Família?

(Para responder esta pergunta leve em conta a infraestrutura da sua unidade, o número de profissionais para atendimento da população adscrita, e processo de trabalho entre os membros da equipe.)

Totalmente insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Totalmente satisfeito
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

C12) Com que frequência ocorre reunião entre os membros da equipe no trabalho?

- (1) Raramente
- (2) Trimestralmente
- (3) Mensalmente
- (4) Quinzenalmente
- (5) Semanalmente

C13) Existe alguma pesquisa científica, clínica, epidemiológica, ou de gestão, ocorrendo em sua Unidade de Saúde?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sei

De acordo com a SUA percepção classifique a seguir o seu grau de satisfação com as atividades realizadas pela sua Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses:

Quando não ocorrer alguma atividade citada na sua unidade, marque a opção “não se aplica”.

		Totalmente insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Totalmente satisfeito	Não se aplica
C14	Preenchimento de formulários	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C15	Reuniões de equipe	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C16	Reuniões com a comunidade	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C17	Acolhimento à Demanda espontânea.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C18	Ações coletivas (em grupo) de promoção à saúde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C19	Visitas domiciliares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C20	Ações desenvolvidas no território (escolas, associações, clube de mães, outros dispositivos do território – intersetorialidade)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C21	Educação permanente Capacitações, cursos, atualizações	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
Saúde do adulto/idoso:							
C22	Registro e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C23	Agendamento de consultas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C24	Registro e acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C25	Agendamento de consultas para pessoas com Diabetes Mellitus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
Saúde da mulher:							
C26	Atenção ao Câncer de	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)

	Colo de Útero e de Mama*						
C27	Planejamento familiar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C28	Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois (02) Anos de Vida							
C29	Puericultura	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C30	Imunizações	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C31	Tuberculose e Atenção ao Usuário Portador de Tuberculose	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C32	Prevenção, acompanhamento DST/AIDS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
Saúde Bucal (SB):							
C33	Procedimentos coletivos em espaços sociais de sua área de abrangência	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C34	Procedimentos básicos de assistência odontológica	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C35	Acolhimento à demanda espontânea específico para saúde bucal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C36	Ações educativas e preventivas em Saúde Bucal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C37	Visitas domiciliares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C38	Saúde Mental e Atenção ao Usuário com Transtorno Mental	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C39	Registro e acompanhamento de usuários com transtorno mental	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
C40	Agendamento de consultas para pessoas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)

	com transtorno mental						
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

D01) Como você classifica o processo de trabalho da sua Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

D02) Cite em ordem os pontos em que você acha que o processo de trabalho da equipe poderia melhorar:

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____

D03) Em média quantas pessoas você atende de demanda espontânea em um dia de trabalho na Estratégia Saúde da Família? ___ ___.

D03b) Em média quantas pessoas você atende de consultas agendadas em um dia de trabalho na Estratégia Saúde da Família? ___ ___.

D04) Ficam usuários para serem atendidos no dia seguinte ou em outros serviços?

Nunca	Raramente	Eventualmente	Normalmente	Sempre
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

D05) Você fez uso de protocolos ou diretrizes para atendimento ao usuário nos últimos 30 dias?

(1) Não (2) Sim

D06) Cite abaixo os protocolos utilizados neste período:

D06a) _____

D06b) _____

D06c) _____

D06d) _____

D06e) _____

D06f) _____

D06g) _____

D07) Existe acompanhamento da coordenação/central da Atenção Básica do município?

(1) Não (2) Sim

D08) Qual a periodicidade da supervisão da coordenação/central da Atenção Básica do município?

(1) semanal

(2) quinzenal

(3) mensal

(4) bimestral

(5) trimestral

(6) semestral

(7) anual

(8) outra: qual? _____

D09) De que forma ocorre o acompanhamento da supervisão da coordenação/central da Atenção Básica do município?

- (1) Supervisão no local
- (2) Supervisão por relatórios
- (3) Ambos os meios
- (4) Outra: qual? _____

D10) Cite, em ordem, **quais são as três necessidades prioritárias da sua Equipe de Saúde da Família** para a intervenção na população adscrita?

D10a1) **1ª necessidade:**

D10a2) Esta prioridade foi apontada (determinada) por quem?

- (1) pela comunidade
- (2) pela própria Unidade
- (3) pela coordenação do município
- (4) demanda regional
- (5) demanda estadual
- (6) demanda nacional
- (7) outra _____

D10b1) **2ª necessidade:**

D10b2) Esta prioridade foi apontada (determinada) por quem?

- (1) pela comunidade
- (2) pela própria Unidade
- (3) pela coordenação do município
- (4) demanda regional

(5) demanda estadual

(6) demanda nacional

(7) outra _____

D10c1) **3ª necessidade:**

D10c2) Esta prioridade foi apontada (determinada) por quem?

(1) pela comunidade

(2) pela própria Unidade

(3) pela coordenação do município

(4) demanda regional

(5) demanda estadual

(6) demanda nacional

(7) outra _____

D 11) Identifique 3 problemas (em ordem de importância) que, **na sua opinião**, deveriam ser considerados prioritários no atendimento à sua comunidade?

(mesmo que já tenham sido citados na pergunta anterior)

1 _____

2 _____

3 _____

D12) Você tem planos de continuar trabalhando no local em que está realizando sua atividade profissional atualmente?

(1) Não (2) Sim

D13) Qual área em que pretende trabalhar?

(1) atenção primária em outro local

(2) mudar de especialidade. Qual?

D14) Por qual motivo você quer mudar de local/área de atuação?

D15) Qual o número de horas efetivas de trabalho que você realiza semanalmente na sua unidade?

__ __ __ (horas/semana)

**INFORMAÇÕES SOBRE O SEU SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO TRABALHO NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A seguir, há 22 afirmativas relacionadas com o sentimento em relação ao trabalho.

Por favor, leia com atenção cada uma das afirmativas e decida se você já se sentiu deste modo em seu trabalho.

- Se você nunca teve estes sentimentos, marque o “0” (zero) no espaço para resposta;
- Se você já teve este sentimento, indique com que frequência você o sente, marcando o número (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

O quadro abaixo descreve a variação da frequência:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes durante o mês	Uma vez por semana	Algumas vezes durante a semana	Todos os dias

	Afirmativa	Resposta
E1	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E2	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E3	Eu me sinto fatigado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E4	Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E5	Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E6	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E7	Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E8	Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

E9	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas por meio do meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E10	Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E11	Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E12	Eu me sinto cheio de energia.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E13	Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E14	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E15	Eu não me preocupo realmente com o que acontece com alguns de meus pacientes.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E16	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E17	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E18	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E19	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E20	No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E21	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
E22	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Neste espaço, você poderá fazer observações sobre seu trabalho, se quiser.

ANEXO C

ROTEIRO GRUPO FOCAL

QUESTÕES ORIENTADORAS DO GRUPO FOCAL (1)

- 1- O que motivou a procura pelo curso de Especialização em Saúde da Família?
- 2- Que avaliação faz do curso?
- 3- Quais as principais aprendizagens no curso? Exemplifique-as na sua prática.
- 4- Qual a relação do curso com o seu trabalho?
- 5- Houve alguma modificação no seu trabalho a partir de aprendizagens no curso? Qual?
- 6- Que sugestões daria para uma nova edição do curso?

QUESTÕES ORIENTADORAS DO GRUPO FOCAL (2)

- 7- Quais as principais aprendizagens no curso?
- 8- Que exemplos você identifica na sua prática com relação às principais aprendizagens citadas por você?
- 9- Houve alguma modificação na sua atuação e no seu trabalho a partir de aprendizagens no curso? Qual?
- 10- Como você avalia a modalidade de curso na qual você está inserido?
Você percebe se realizou e aprofundou discussões e aprendizagens na modalidade cursada?
- 11- Você identifica interferências externas (ambiente, família, trabalho) que possam ter influenciado no seu processo de formação no curso? Quais? De que forma, positiva ou negativamente? Isso tem relação com a modalidade do curso realizado?
- 12- Como foi a relação, durante o curso, com a turma em que você está inserido?
Esta relação teve alguma influência no seu processo de formação e de aprendizagem? De que forma?
- 13- Como foi conciliar o curso com a sua rotina diária de trabalho? Teve dificuldade para garantir espaço/tempo para estudo? Quais?
- 14- Quais os motivos para a sua permanência até a etapa final do curso?
- 15- Que avaliação faz do curso?
Identifica pontos positivos e negativos?
- 16- Que sugestões você daria para uma nova edição do curso?
- 17- Gostaria de fazer mais algum comentário?

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE

PORTO ALEGRE - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Análise da influência de cursos de especialização em Atenção Primária à Saúde na prática e aprendizagem dos profissionais de saúde participantes

Nome completo do entrevistado: _____
(preenchido em letra de forma) Idade: _____ Sexo: _____

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo realizar a comparação da influência da modalidade de ensino presencial e a distância, através da percepção dos trabalhadores, na prática da APS e na sua aprendizagem. É importante que o(a) Sr.(a) esteja ciente que será sorteado(a) para a participação em um dos cursos de Especialização em Saúde da Família a serem oferecidos pelo UNASUS/UFCSA (a distância) e pelo Hospital Moinhos de Vento (presencial), para qualificação dos profissionais do Rio Grande do Sul. Após o(a) Sr.(a), estar vinculado(a) a um dos cursos de especialização, presencial ou a distância, responderá a um instrumento de pesquisa no formato de questionário, com algumas informações sobre a sua formação, sua atuação profissional e características sociodemográficas. Além de responder a esse instrumento o(a) Sr.(a) será convidado(a) a participar de até duas entrevistas em grupo (grupo focal) durante o curso, para discussão coletiva sobre temáticas e aprendizagens do curso, com duração aproximadamente de uma hora e meia, cada uma delas. Em torno de um ano após a conclusão do curso, o(a) Sr(a) será novamente convidado(a) a participar de até duas entrevistas individuais, desta vez, realizadas presencial (no seu local de trabalho) ou virtualmente (por Skype ou MSN), agendadas conforme sua disponibilidade. Os dados coletados (relato das discussões, das entrevistas individuais e gravação de áudio e vídeo do Grupo Focal) serão utilizados somente para este estudo.

O(A) Sr.(a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que possa lhe trazer constrangimento ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter começado, e isso não vai lhe trazer nenhum prejuízo. Todos os resultados destas avaliações serão guardados sob nosso sigilo, resguardando seu anonimato, assim como nossa ética profissional exige. Não haverá despesas pessoais para o(a) Sr.(a) em qualquer fase desta pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

A responsabilidade do estudo fica a cargo da pesquisadora Cleidilene Ramos Magalhães, com a qual poderá entrar em contato, ou com o Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da UFCSPA, através dos telefones (51) 3303 8768 (Cleidilene R. Magalhães) ou (51) 3303 8804 (CEP), diariamente, entre 9 e 17 h, para esclarecimentos.

Eu,..... concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do entrevistado

Data ___/___/_____

Assinatura do pesquisador responsável

Data ___/___/_____

ANEXO E

NORMAS DA REVISTA – *Caderno de Saúde Pública – Reports in Public Health (CSP)*

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. (leia mais);

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras (leia mais);

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

2.0 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem

declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências

bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a

serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

- ClinicalTrials.gov

- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

- Netherlands Trial Register (NTR)

- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

- FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3.

Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas

quatro condições devem ser integralmente atendidas.

- AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

- REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p.ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.enspfiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: cspartigos@ensp.fiocruz.br

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS . Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php> . O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS .

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos

à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições

geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enasp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo

ANEXO F

ARTIGO

AUTORREGULAÇÃO E PROCRASTINAÇÃO NA APRENDIZAGEM DE PARTICIPANTES DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Luciana Bisio Mattos
Carmem Lisiane E. de Souza
Ana Carolina Faedrich dos Santos
Cleidilene Ramos Magalhães

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA/Brasil
Contatos: lucianabm@ufcspa.edu.br e cleidirm@ufcspa.edu.br

RESUMO: O estudo se insere no contexto da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde no Brasil, com base na abordagem sociocognitiva. O objetivo é analisar as variáveis autorregulação e procrastinação de alunos de um curso de especialização em saúde da família, nas modalidades presencial e EAD. Trata-se de recorte de um estudo quantiquantitativo, tendo 47 participantes, profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, que atuavam na Atenção Primária à Saúde (APS), inscritos no curso. Os instrumentos utilizados foram: o IPAA (Inventário de Processos de Autorregulação da Aprendizagem) e EPA (Escala de Procrastinação Acadêmica). Foram analisados pelo test t Student e correlação de Pearson com nível de significância de 0,05. As diferenças entre as médias foram estatisticamente significativas, sendo as da escala EPA nos grupos: EAD = 2,93 e DP = 0,50; Presencial= 2,78 e DP = 0,35; e as do IPAA: no EAD 3,75 e DP = 0,66 e no Presencial 3,94 e DP = 0,31. O grupo EAD demonstra estar menos autorregulado porque apresenta um comportamento de procrastinação superior ($r=-0,705$); enquanto que o presencial apresenta uma média superior na autorregulação da aprendizagem ($r=-0,443$). Os resultados apontam que, embora o grupo EAD devesse ser mais agente no seu processo de ensino-aprendizagem, apresenta maior índice de procrastinação.

Introdução

No Brasil, em 1990, foi implementado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8080, que estabeleceu como princípios a Universalidade do acesso, a Integralidade do cuidado e a Equidade das ações (Brasil, 1990). A partir desse ponto, uma série de mudanças foi desencadeada nos serviços de Saúde Pública, para garantir tais princípios, como a escolha de outro modelo

assistencial e de cuidado, a Atenção Primária a Saúde (APS). Por sua vez, este modelo tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. Constitui-se, dessa forma, a proposta da Política de Educação Permanente em Saúde (Lopes, S. R. S.; Piovesan, É. T. A.; Melo, L. O.; Pereira, M. F., 2007).

Nesse contexto, a formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde no Brasil é repensada: novas discussões sobre os processos de educação e formação em saúde são propostos, sugerindo que a aprendizagem não pode mais ser construída dissociada da prática, e sim aliando teoria com a realidade de trabalho dos profissionais de saúde, constituindo aprendizagens que fazem conexões com seu cotidiano e, portanto, aprendizagens significativas (Lima et al., 2010). Pressupostos que afinam com a análise da perspectiva sociocognitiva para o processo ensino-aprendizagem, que considera o aluno como agente, comprometido com seu aprendizado, com a gestão do seu processo de aprendizagem e o desenvolvimento da autonomia.

Para a formação de um profissional de saúde que atenda aos princípios da Política de Educação Permanente, torna-se relevante discutir o processo de autorregulação da aprendizagem nos cursos de especialização em saúde. A autorregulação da aprendizagem consiste em um processo ativo do aluno no qual este eleger os objetivos que orientam a sua aprendizagem para monitorar, regular e controlar as suas cognições, motivações e comportamentos para alcançar seus objetivos (Rosário, P.; Núñez, J.; González-Pienda J., 2012).

Existem vários elementos que interferem no processo de aprendizagem, em especial aqueles que concorrem para o oposto da autorregulação. Diferentemente da situação ideal de aprendizagem, alguns estudantes procrastinam suas ações, ou seja, adiam ou não terminam as atividades e tarefas propostas. O que caracteriza um dos problemas mais frequentes para o não sucesso nos processos de formação acadêmica (Polydoro, S. A. J.; Rosário, P. S.L.F; Sampaio, R. K. N.; Emílio, E. R.,2011).

Nesse contexto, o estudo centra-se na análise das variáveis autorregulação e procrastinação de alunos de um curso de especialização em Saúde da Família e suas repercussões na aprendizagem destes participantes.

Caracterização do Curso

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Motta (1998) destaca que a adoção desse novo arranjo organizacional pelo SUS aumentou a importância estratégica da área de recursos humanos – enfatizando em especial os processos educativos significativos, seja na graduação seja no trabalho em saúde.

Diante da importância de qualificar e aperfeiçoar as práticas em Atenção Primária à Saúde, ampliar as possibilidades de formação de recursos humanos e de enfrentar o contexto atual de insuficiência de profissionais capazes de atuarem em equipe, várias instituições têm centrado esforços na educação permanente de seus profissionais. Nos últimos anos, esse esforço também tem sido potencializado pela oferta de cursos nas modalidades presencial e a distância, destinada principalmente aos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde. É diante desse cenário que surge o curso de especialização em Saúde da Família ofertado pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), nas modalidades presencial e a distância para profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros que estejam atuando na Atenção Primária em Saúde.

O curso tem como objetivo possibilitar que os profissionais ressignifiquem suas práticas e problematizem o seu cotidiano de trabalho tendo como referência os seguintes conceitos: cuidado, acolhimento, rastreamento, humanização, vigilância epidemiológica, efetividade, segurança (Hospital Moinhos de Vento, 2011). Nas duas modalidades do curso o desenho pedagógico é semelhante, sendo apenas a modalidade diferenciada. O curso tem carga horária de 390 horas, com duração de 18 meses. A turma EAD foi composta por 37 alunos e a Presencial por 27, todos atuando na Atenção Primária em Saúde (requisito para inscrição no curso).

Métodos

Trata-se de recorte de um estudo do tipo transversal, no contexto do curso de Especialização em Saúde da Família ofertado, nas modalidades presencial e a distância, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de

Porto Alegre (UFCSPA) e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, a profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, que atuavam na atenção primária à saúde (APS), inscritos no curso. Os instrumentos utilizados para fins da análise apresentada neste trabalho foram: IPAA (Inventário de Processos de Autorregulação da Aprendizagem) e EPA (Escala de Procrastinação Acadêmica).

Participantes

Amostra total foi constituída por 47 alunos, sendo 23 do curso EAD e 24 do curso presencial. Todos os alunos inscritos no curso foram convidados a participar da pesquisa, entretanto 17 não estavam presentes no dia da aplicação das escalas. Nenhum estudante se recusou a participar. A pesquisa foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Cadastro 919/12) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Inventário de processos de autorregulação da aprendizagem – IPAA: É um inventário autoaplicável, que avalia os processo de aprendizagem autorregulada dos estudantes, baseado no modelo cíclico de Zimmerman (2002), constituído por 12 itens que se distribuem numa escala tipo Likert de cinco pontos, 1 (Nunca) a 5 (Sempre), e, quanto maior o escore, maior a autorregulação frente aos estudos. Este questionário representa as três fases do processo cíclico da autorregulação de Zimmerman (2002), nomeadamente a Fase Prévia (e.g., faço um plano antes de começar a fazer um relatório/trabalho. Penso no que vou fazer e no que preciso para o conseguir completar); Fase do Controle Volitivo (e.g., no meu estudo, tento compreender as matérias, fazer anotações, resumos, resolver exercícios/perguntas que vêm nos livros/sebentas, fazer perguntas sobre as matérias); e Fase da Autorreflexão (e.g., quando recebo uma nota, penso em coisas concretas que tenho de fazer para melhorar o meu rendimento/média). A consistência interna do instrumento é de 0.75 (Polydoro et al., 2011).

Escala Procrastinação Acadêmica – EPA: É uma escala autoaplicável, Likert, de cinco pontos, que indica a frequência do comportamento entre nunca

(1) a sempre (5), a qual avalia comportamentos específicos de procrastinação durante o estudo. O instrumento foi desenvolvido em Portugal e validado para o Brasil, através da adaptação semântica e cultural. O instrumento é composto por 10 itens, distribuídos em duas dimensões de cinco itens cada. A Dimensão I: Procrastinação no estudo para prova refere-se aos comportamentos que interferem no estudo para as avaliações, e explicou 37,3% da variância (autovalor 3,73), com coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,73. A Dimensão II: Procrastinação no estudo diário trata do adiamento da realização de tarefas em sala de aula, de trabalhos escolares e do estudo contínuo, e explicou 11,3% da variância (autovalor 1,13) e o coeficiente do alfa de Cronbach foi de 0,68. O coeficiente de consistência interna da escala EPA, com dez itens, medido pelo alfa de Cronbach foi de 0,79; que explicava 48,5% da variabilidade total. As pontuações obtidas para cada uma das dimensões correspondem à soma e média aritmética de seus itens. A interpretação da pontuação aponta que índices elevados indicam maior probabilidade em procrastinar (Polydoro et al., 2011).

Resultados

As diferenças entre as médias foram estatisticamente significativas, sendo as da escala EPA nos grupos EAD e Presencial, respectivamente: 2,93 e 2,78; e as da escala IPAA: no EAD 3,75 e no Presencial 3,94, conforme apresentado na Tabela 1. As correlações das escalas dentro dos grupos demonstram que há uma correlação forte inversa entre procrastinação e a autorregulação dentro do grupo EAD, o que não ocorre no grupo presencial, conforme apresentado na Tabela 2. Estes dados são balizados a partir de falas extraídas de entrevistas com os participantes deste estudo, corroborando as análises apresentadas a seguir:

Tabela 1: Médias e desvio padrão (DP) das escalas IPAA e EPA dos grupos EAD e Presencial

	EAD (n=23)	Presencial (n=24)	t	Valor P
IPAA	3,76 (0,66)	3,94 (0,31)	-1,174	0,003*

EPA_1	2,89 (0,48)	2,81 (0,46)	0,573	0,919
EPA_2	2,97 (0,63)	2,74 (0,38)	1,537	0,013*
EPA Total	2,93 (0,50)	2,78 (0,35)	1,233	0,123

* $P \leq 0,05$

Tabela 2: Correlações das escalas dentro dos grupos EAD e presencial

		EPA_1	EPA_2	EPA Total
EAD	IPAA	-0,681 ($p=0,000$)	-0,522 ($p=0,011$)	-0,650 ($p=0,001$)
Presencial	IPAA	-0,276 ($p=0,192$)	-0,478 ($p=0,018$)	-0,443 ($p=0,030$)

Discussão

Os profissionais da turma EAD demonstraram ter dificuldade em administrar a sua carga horária de trabalho e as exigências de sua prática com os compromissos, atividades e dedicação solicitada pelo curso. Referiram que a implicação exigida, tanto no seu trabalho, quanto pelas atividades do curso, eram difíceis de conciliar na sua organização de tempo, assim como explicitado nas falas abaixo:

“...e eu tô realmente tendo dificuldades, pensando... EAD, maravilha, por causa do deslocamento, mas no resto pra mim tá puxado...”
(Enfermeira, turma EAD)

“...e isso do EAD, nossa!, falou em EAD o olho brilha [risos], mas é só no início, é uma enganação, porque tem muito de comprometimento a mais, tem muito mais atividade que o presencial, uma amiga minha tá fazendo o mesmo curso presencial, e a quantidade de trabalho que eu já fiz e que ela fez é bem diferente, e dá muito trabalho, muito trabalho...” (Enfermeira, EAD)

Essa dificuldade na organização e otimização do tempo pode indicar um estado de maior procrastinação, pois não se identifica possibilidades de “espaços” para a aprendizagem com as atividades do curso. Os resultados apontam que, embora o grupo EAD devesse ser mais agente no seu processo de ensino-aprendizagem, apresenta maior índice de procrastinação. O conceito

de procrastinação acadêmica pode ser compreendido como um fenômeno dinâmico que sofre interferência de vários fatores, como aspectos pessoais, comportamentais e ambientais, e se caracteriza por um adiamento não estratégico de ações e atividades que pode prejudicar o processo de aprendizagem (Polydoro et al., 2011). O que explicita-se nos depoimentos a seguir:

“Não interessa o que vem junto contigo quando tu vem e assume o compromisso de fazer uma pós... mas vem, vem casa, vem filho, não adianta, vem tudo isso... vem o trabalho, então às vezes tu tem que fazer trabalho, então... (Enfermeira, EAD)

“No presencial tu vai ali e faz as coisas e deu, no EAD tu fica...”
(Médico, EAD)

“Porque é a distância... Eu vejo assim, o que acontece, eu tenho que voltar lá e olhar passo a passo. Se tivesse alguém me explicando, é muito mais simples de aprender, porque eu tô sozinho em casa, é de noite, já teve um dia carregado, às vezes tem uma criança de três anos ali querendo que eu olhe o Mickey junto com ela, e eu querendo fazer, então às vezes fica complicado... Às vezes o que acontece, tu vai olhar os teus acessos geralmente depois das 11...”
(Dentista, EAD)

Os alunos da turma presencial apontaram que o acesso restrito a tecnologias (referindo-se às atividades EAD) interferia no seu processo de aprendizagem. Disseram que nas suas aulas os materiais e o formato de exposição dos professores não proporcionavam as mesmas ferramentas da turma EAD. Este fato, esta sensação, pode indicar uma maior dedicação desses alunos nos seus estudos e no seu processo de aprendizagem, ou seja, conseguiam se organizar de uma melhor forma para as atividades, pois acreditavam que necessitavam de maior esforço por terem menos acesso a tecnologias. O que corrobora com os resultados encontrados, pois o grupo EAD demonstra estar menos autorregulado porque apresenta maior procrastinação ($r=-0,705$); enquanto que o presencial apresenta maior autorregulação ($r=-0,443$), ou seja, assinala uma maior iniciativa de orientar, organizar, regular e monitorar o seu processo de aprendizagem (Polydoro et al., 2011). Assim como percebemos nas falas abaixo:

O ideal mesmo seria que a gente tivesse o material até antes, pra dar uma lida, chegasse na aula com aquele material, as pessoas trabalhassem... Então a gente consegue aproveitar melhor a exposição, aproveitar melhor a troca de experiências e anotar conclusões, anotar onde se vai buscar mais informações, essas coisas mais acessórias, e ter o registro que a aula tal foi tal coisa, e se eu tiver que buscar alguma informação aqui eu tenho como rever a informação, eu tenho como aprofundar onde eu vou procurar, mas a gente fica com tudo palpável... A gente aproveita a experiência, aproveita o conhecimento da hora, sedimenta algumas coisas, mas fica tudo meio no ar, sem ter onde.” (Médica, presencial)

“...a gente aproveita o presencial pra entender o conteúdo e não ficar dependendo do tempo da gente em casa, que é aquele negócio que foi feito no questionário... Quando você está em casa, sempre que alguém te interrompe, filho te chama, telefone toca, mãe reclama... e a gente começa a ficar dispersivo...” (Dentista, Presencial)

Maior índice de autorregulação evidencia que estes alunos percebem o seu processo de aprendizagem de maneira proativa, envolvendo dispositivos de autoiniciativa motivacional, comportamental e metacognitivos. Portanto, a combinação de expectativas positivas, motivação e variadas estratégias para a resolução de problemas evidencia maior estado de autorregulação (Rosário et al., 2012). Percebemos estas proposições em algumas falas de alunos:

“e... eu frequento outras unidades e é muita revolta, muita insatisfação, e daí começa a calibrar pra baixo o atendimento, ao invés de botar pra cima, bota pra baixo. Então... pra mim tá sendo assim tipo... me alimenta ter toda essa disposição, todo esse conhecimento, pra mim me alimenta, pra me fortificar, a gente acha...” (Enfermeira, Presencial)

“E tem essa diversidade... eu tô na UBS [Unidade Básica de Saúde], eu tô na saúde da família já com a minha gestão, já tá com tudo bem estruturado... O outro ainda não implantou mas vai implantar... Então essa gama de informações é o retrato da Brasil, do Rio Grande do Sul, em transformação, em relação ao auxiliar de saúde da família, uns mais adiantados, outros menos, os entraves que a gente tá

passando, cada um passa aqui alguma coisa, principalmente agora a partir da eleição. Então... acho que isso é o bacana desse curso aqui..." (Médico, Presencial)

Conclusões

Diante disso percebe-se que o fator motivacional, o apoio, o suporte relacionado ao contexto de cada aluno e a capacidade de organização, planejamento e implicação com as tarefas ofertadas são as principais variáveis no processo de autorregulação e procrastinação tanto na turma EAD quanto na turma Presencial. O fato de o curso, para a turma presencial, estar associado à troca de experiências e incentivo para vivenciar a sua prática profissional de forma mais qualificada, inovadora, fortalece a tendência de estes alunos estarem apresentando um comportamento mais autorregulado do que a turma EAD. Eles experimentam um maior estímulo e monitoramento de seus contextos, conseguindo estabelecer maior leque de opções para as resoluções de obstáculos durante a formação.

Consequentemente, os alunos EAD demonstram estar menos organizados no seu tempo e espaço, originando uma maior dificuldade em monitorar e estabelecer planejamento para as suas tarefas. O cotidiano de trabalho e a forma como este se relacionava com a sua prática interferia no seu processo de procrastinação, pois adiavam e postergavam mais as tarefas e atividades do que a turma do presencial. As percepções de falta de suporte, de apoio durante o andamento e realização das atividades estabeleceram uma diminuição da motivação e investimento, nesse momento, na formação, influenciando a perspectiva de alcançar estado de autorregulação mais eficaz e efetivo para a melhor concretização das suas aprendizagens.

Quanto às limitações do estudo, podemos destacar o tamanho da amostra, que foi reduzido em função da não presença de alunos no dia da aplicação dos instrumentos, que dificultou a comparação entre os grupos. Outra limitação do estudo refere-se à aplicação dos instrumentos, pois os dados discutidos foram oriundos da aplicação pontual dos questionários, representando um momento do processo de formação dos alunos, não possuindo a replicação para comparação desse processo no decorrer do curso.

Referências bibliográficas

Brasil, 1990. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Presidências da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos.

Lima, J. V. C.; Turini, B.; Carvalho, B. G.; Nunes, E. F. P. A.; Lepre, R. L.; Mainardes, P.; Cordoni Junior, Luiz. 2010. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de Transformação das Práticas: Possibilidades e Limites. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.

Lopes, S. R. S.; Piovesan, É. T. A.; Melo, L. O.; Pereira, M. F. 2007. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, 18 (2):147-155.

Hospital Moinhos de Vento. 2011. *Projeto Pedagógico – Especialização em Saúde da Família*. Porto Alegre, Instituto de Ensino e Pesquisa.

Motta, J. I. 1998. *Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso*. Dissertação de Mestrado. Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ.

Polydoro, S. A. J.; Rosário, P. S.L.F; Sampaio, R. K. N.; Emílio, E. R. 2011. Roteiro para compreensão dos instrumentos utilizados na pesquisa “Variáveis envolvidas no processo de aprendizagem de estudantes universitários – validação de instrumentos”. Grupo de Pesquisa Psicologia e Educação Superior (PES), Faculdade de Educação. Campinas: UNICAMP.

Rosário, P.; Núñez, J.; González-Pienda J. 2012. *Cartas do Gervásio ao seu umbigo: comprometer-se com o estudar na educação superior*. (adaptada para edição brasileira ed.) São Paulo: Almedina,

Zimmerman, B. J. 2002. Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory Into Practice*, 41(2): 64-70.