MARISTELA VILAS BOAS FRATUCCI

**Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde:
impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na
organização dos serviços**

São Paulo

2015

MARISTELA VILAS BOAS FRATUCCI

**Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde:
impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na
organização dos serviços**

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia
da Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de Doutor pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profª Drª Maria Ercília de Araujo

São Paulo

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Fratucci, Maristela Vilas Boas.

Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços / Maristela Vilas Boas Fratucci; orientadora Maria Ercilia de Araujo-- São Paulo, 2015.

183 p. : il. : fig., tab., quad. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas -- Área de concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Educação a distância – Odontologia. 2. Tecnologia da informação - Odontologia. 3. Ensino superior – Odontologia – On-line. 4. Educação permanente. I. Araujo, Maria Ercilia de. II. Título.

Fratucci MVB. Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Ao Toninho, meu companheiro,

Cúmplice de olhares, sorrisos e conversas; meu eterno amor.

As minhas filhas Lara e Liz ,

Pela possibilidade da maternidade e por despertar em mim o que há de melhor,
minha gratidão e amor incondicional.

Aos meus irmãos-pais Maria Tereza e José Jácomo,

Um grande obrigado e carinho imenso por conduzir e despertar desde cedo
meus caminhos da aprendizagem.

A todos meus familiares e amigos,

Pela torcida, energia e por concederem parte do convívio em favor dos meus
estudos.

AGRADECIMENTOS

A FOU SP, agradeço a possibilidade de poder expressar e apresentar parte dos fatos que procurei aprender.....

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo pela oportunidade e confiança.

Ao grande professor, companheiro Prof. Dr. Antônio Carlos Frias pelo seu inestimável apoio, ajuda e incentivo.

Aos profissionais do Município de Amparo que de forma impecável cederam parte de sua realidade para que este estudo fosse viável.

À Dra. Célia Scinçoc pela disponibilidade, presteza, amizade, apoio e carinho com que conduziu minhas relações com o Município de Amparo.

Às professoras Mary Caroline Skelton Macedo e Maria Gabriela Biazevic pelas especiais e importantes contribuições na qualificação.

Aos professores e monitores da Disciplina de Saúde Coletiva FOU SP pelo exemplo e ajuda nas minhas ausências.

À equipe de coordenação e tutores do Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP por minha formação e pelo gosto pela tutoria em EAD.

*Às secretárias do Departamento de Saúde Coletiva FOUSP
pelo cuidado e aviso no cumprimento dos prazos.*

*Às bibliotecárias da FOUSP em especial a Glauci Elaine D. Fidelis
pela grande ajuda na correção e formatação desta tese.*

“Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo”.

Michel Foucault

“A reflexão crítica da prática é uma exigência da relação teoria/ prática, sem a qual a teoria irá virando apenas palavras, e a prática, ativismo. Há um processo a ser considerado na experiência permanente do educador. No dia-a-dia ele recebe os conhecimentos – conteúdos acumulados pelo sujeito, o aluno, que sabe e lhe transmite.

Neste sentido, ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”

Paulo Freire

Fratucci MVB. Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Corrigida.

RESUMO

A Educação à Distância é uma modalidade de ensino que permite eliminar a separação geográfica entre educador e educando para atender a um número ilimitado de alunos que estejam em busca de formação, capacitação ou atualização profissional. É também, um processo de auto-aprendizado que é incentivado pela utilização de estratégias didáticas bem elaboradas e adequadas às várias situações vigentes. Esta pesquisa teve por objetivo conhecer e explicar a vivência dos alunos do município de Amparo participantes da Especialização em Saúde da Família/UNASUS/UNIFESP, 2012, no processo de ensino-aprendizagem através do ensino a distância mediado por tecnologia e avaliar o impacto da educação permanente na organização dos serviços. Através de um modelo de pesquisa qualitativa, buscou-se estabelecer a percepção dos alunos com relação à metodologia, técnica, estratégias de aprendizagem e mudanças ocorridas nos serviços em que estão inseridos os profissionais capacitados. A metodologia, de natureza qualitativa foi utilizada através de grupos focais como processo de análise, nos encontros presenciais e webconferências, estratificados por eixos estruturantes objeto da pesquisa. O público alvo foram os profissionais formados como especialistas em Saúde da Família pelo curso de UNASUS/ UNIFESP do município de Amparo, 2012. As respostas foram classificadas segundo os eixos estruturantes buscando contextualizar o relato dos atores pesquisados. Após análise e avaliação destes discursos, foram estabelecidas relações e sínteses inerentes ao processo de ensino a distância e avaliação do impacto na organização e implementação dos serviços. Observou-se que, todas as narrativas referem a importância da educação permanente em saúde como eixo propulsor de mudanças nos serviços, e a Especialização em Saúde da Família-UNASUS/UNIFESP foi exímia em qualidade e excelência abrangendo um universo de mais de 4000 profissionais capacitados. Mas oportunamente destacaram, que nem sempre as transformações desejadas acontecem na mesma velocidade do proposto e assimilado pelo curso. Muitos fatores

institucionais são barreiras naturais ao avanço de diretrizes e propostas. A práxis da docência traz elementos para que a realidade dos cursos e conteúdos seja apropriada de diferentes formas nos cenários do serviço. Entra neste quesito a habilidade dos profissionais nesta transformação entre o aprendido, apreendido e o executável. A conclusão destaca a importância do reconhecimento que a educação permanente em saúde deve ser sempre incentivada e oferecida aos profissionais, onde seus cenários de prática possam ser reorganizados e fortalecidos, buscando desenvolver propostas qualificadas social e tecnicamente, com aplicabilidade oportunizada por gestores e representantes municipais, estaduais e federais.

Palavras-chave: Educação à distância. Ensino mediado por tecnologia. Plataforma Moodle. Capacitação em serviço. Educação permanente. Avaliação dos serviços.

Fratucci MVB. Distance learning as strategy of permanent health education: impact of the Family Health Strategy staff training in the organization of services [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Corrigida.

ABSTRACT

Distance Learning is a democratic teaching method that allows eliminating the geographic separation between the teacher and educated to attend an unlimited number of students who seeks graduation or professional refreshment. It is also a self-learning process encouraged by the use of well elaborated teaching resources according to the circumstances and contingencies. The objective of this study was to explore and to expand the experience of the UNASUS / UNIFESP Family Health Specialization Course students from Amparo municipality about the teaching-learning process on technology-mediated distance education and to measure its impact as a continuing education in the service organization. A qualitative research model was used in order to establish the student perception related to the methodology, technique, learning strategies and changes occurred in the services they are related to. In the qualitative nature of the methodology used, the focal groups were used for the analyses process, through face-to-face meetings and web conferences stratified by themes of the object studied. The target audience: professionals from Amparo municipality graduated on UNASUS / UNIFESP Family Health specialization course. The answers obtained were classified by axes to contextualize the researched actors report. After the analysis and evaluation of their speeches, the relations and a summary inherent to the Distance Learning process were established and the impact in the organization and implementation of the service were evaluated.

Was noticed that all the narratives concern to the importance of the continuing education in health as a drive shaft of changes in the service. It was also noticed that the specialization was outstanding in quality and excellence. But it was highlighted that the seeking transformation does not always happen in the same velocity as the one proposed by the course. A lot of institutional difficulties are natural barriers to the advance of the guidelines and proposals. The academic praxis brings elements to make the reality of the courses and contents appropriated to different forms in the

scenario service. Enters in this point the professional's ability in the transformation between the learned and the executable. The conclusion highlighted the importance of the recognition that the continuing education in health must be always incentivized and offered to groups of professionals, where the practical scenarios can be reorganized and strengthened. Seeking to development practical qualified socially and technically with applicability used by the managers and representatives of public power.

Keywords: Distance Learning. Technology-mediated education. Moodle platform. On-the-job training. Continuing education. Service evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Tendências Pedagógicas brasileiras: liberais e progressistas, segundo conteúdos, metodologias e principais autores.....	49
Figura 4.1 – Localização do município de Amparo em relação ao Estado de São Paulo e Brasil.....	84
Figura 4.2 – Localização da malha rodoviária no município de Amparo em relação a capital e municípios próximos.....	84
Figura 6.1 – Mapa conceitual da Educação Permanente em Saúde.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Linha do Tempo: pensadores, educadores, filósofos, profissionais que marcaram a educação.....	41
Quadro 2.2 – Abordagens Pedagógicas nos cenários sociais, a visão do homem e as metodologias de aprendizagem	48
Quadro 2.3 – Paralelo entre as Funções do Professor e do Tutor.....	67
Quadro 5.1 – Narrativas segundo eixo estruturante, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 1: <i>Quais estratégias metodológicas são utilizadas e qual a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta?</i>	96
Quadro 5.2 – Narrativas segundo eixo estruturante, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 2: <i>Será que o ensino a distância mediado por tecnologia utilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP agregou mudanças para a prática profissional?</i>	98
Quadro 5.3 – Narrativas segundo eixo estruturante, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 3: <i>Quais possibilidades e desafios na implantação/implementação do trabalho em equipe e transformação das práticas e organização dos serviços?</i>	100
Quadro 6.1 – Narrativas segundo eixo estruturante e presenças das comunidades de inquirição, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 1: <i>Quais estratégias metodológicas são utilizadas e qual a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta?</i>	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 – Distribuição de frequência em relação ao tempo de trabalho na prefeitura de Amparo, dos participantes da pesquisa, Amparo, 2014.....	95
Tabela 5.2 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa em relação ao cargo que desempenham na prefeitura de Amparo, 2014.....	95
Tabela 5.3 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa, com relação às atividades profissionais em outros locais além da prefeitura de Amparo, 2014.....	95
Tabela 5.4 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa, com relação à participação em cursos de formação / capacitação na modalidade EAD, Amparo, 2014.....	96
Tabela 5.5 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa sobre a avaliação do curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS na modalidade EAD, Amparo, 2014.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

ABED	Associação de Ensino a Distância
APS	Atenção Primária em Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CEDERJ	Centro de Educação a Distância do Estado do Rio de Janeiro
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Comunidade de Inquirição
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da educação Superior
EAD	Ensino a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES	Sistema de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UAB	Universidade Aberta do Brasil

UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1	ORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS: UMA IMPORTANTE FERRAMENTA PARA O SUS.....	27
2.1.1	Legislação.....	27
2.1.2	Educação Permanente em Saúde.....	31
2.1.3	Estratégia de Saúde da Família.....	36
2.2	EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: REALIDADE E CAMINHOS.....	40
2.2.1	Caminhos da Educação.....	40
2.2.2	Histórico da EAD no Mundo.....	52
2.2.3	Histórico da EAD no Brasil.....	54
2.2.4	Pressupostos e Legislação dos Cursos EAD.....	57
2.2.5	Plataformas para efetivação da EAD.....	60
2.2.6	Os diferentes atores no processo EAD.....	64
2.3	REDES PARA A PRÁTICA DE EPS.....	71
2.3.1	Universidade Aberta do Brasil – UAB.....	71
2.3.2	TELESSAÚDE.....	72
2.3.3	Comunidades de Práticas.....	74
2.3.4	Saúde Baseada em Evidências.....	76
2.3.5	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS.....	76
2.3.6	UNASUS / UNIFESP.....	78
3	PROPOSIÇÃO.....	80
4	METODOLOGIA.....	82
4.1	PÚBLICO-ALVO.....	83
4.2	CARACTERIZAÇÃO MUNICÍPIO DE AMPARO.....	83
4.3	COMITÊ DE ÉTICA.....	85
4.4	DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO.....	86

4.5	EIXOS ESTRUTURANTES.....	87
5	RESULTADOS.....	93
6	DISCUSSÃO.....	102
6.1	REFLEXÕES EIXO ESTRUTURANTE 1.....	103
6.2	REFLEXÕES EIXO ESTRUTURANTE 2.....	110
6.3	REFLEXÕES EIXO ESTRUTURANTE 3.....	114
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
	REFERÊNCIAS.....	126
	ANEXOS.....	138

A long suspension bridge with a wooden deck and metal railings stretches across a dense, lush green forest. The bridge is viewed from a low angle, looking down its length towards the horizon. The surrounding trees are thick and vibrant green, creating a sense of being deep within a jungle or forest. The bridge's cables and structure are visible, and the perspective draws the eye along its path.

*“Eu quero desaprender para aprender de novo.
Raspar as tintas com que me pintaram.
Desencaixotar emoções, recuperar sentimentos.”*

Ruben Alves

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Considerando-se as diversas e rápidas transformações que vêm ocorrendo na sociedade, a globalização impõe outros arranjos e estratégias, sobretudo com a incorporação de novas tecnologias de comunicação e informação. Existe um consenso na determinação de tal configuração social como sociedade do conhecimento ou sociedade da informação, em razão da rapidez com que os conhecimentos ou informações passaram a circular e a multiplicar-se nos mais diversos espaços sociais do país e do mundo. Os impactos destas mudanças foram observados, especialmente no mundo do trabalho, espaço de prática para o aprendizado.

Segundo Davini (2009), a revolução tecnológica operada no último quarto do século XX privilegiou os processos e a inovação contínua dos produtos, sua matéria-prima fundamental é a informação e o conhecimento, operando sobre a produção de articulações, redes e fluxos entre as atividades e as organizações. Neste cenário, as organizações requerem o desenvolvimento da capacidade de adaptabilidade das transformações, assim como da formação de constelações de alianças em áreas específicas de ação.

As tecnologias da informação aplicadas à educação adquirem um caráter estratégico na medida em que potencializam a disseminação global do conhecimento, provocando o intercâmbio com o resto do mundo, conduzindo a individualização de seu acesso e aprendizado, através dos fluxos que determinam onde, quando, quem e como utilizá-los.

O aprendizado através de recursos tecnológicos, em particular na atualização profissional, é de grande importância, razão pela qual atingiu grande desenvolvimento nas últimas décadas. Ele permite a flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de comunidades virtuais em áreas de interesse, supera problemas de distância e de acesso a bibliografias, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates e, em geral, oferece uma

adesão dos usuários mais dinâmica, oportuna e personalizada do que as atividades de ensino presencial (Davini, 2009).

A Educação a Distância (EAD) apresenta características específicas, rompendo com a concepção da presença do aluno e do professor no processo de ensino-aprendizagem em um mesmo ambiente físico: a sala de aula. Para a EAD, o ato pedagógico não é centrado na figura do professor, mas sim no aluno.

Para Riano (1997), um dos fundamentos do processo de ensino-aprendizagem no EAD é a busca de “uma aprendizagem autônoma, independente, em que o usuário se converte em sujeito de sua própria aprendizagem e centro de todo o sistema”. A mudança deste paradigma pressupõe a formação de pessoas críticas e ativa nos processos de participação social, pois os diversos mecanismos tecnológicos possibilitam um engajamento social, estes assumem o papel de atores e autores do processo de aprendizagem, por ter um posicionamento crítico nas situações-problemas apresentados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

As constantes mudanças de ordem econômica, social, tecnológica e científica, implicam o desenvolvimento e a qualificação profissional permanente de todo cidadão e em todos os setores do conhecimento humano.

Garcia Aretio (2002), define como EAD como “uma estratégia educativa baseada na aplicação da tecnologia à aprendizagem, sem limitação de lugar, tempo, que implica em novos papéis para os alunos e para os professores, novas atitudes e novos enfoques metodológicos” sendo assim um ambiente de ensino aberto, flexível, adaptado as diversas necessidades de aprendizagem com a possibilidade de facilitar o acesso superando barreiras espaciais e temporais.

As áreas de Saúde e Educação sempre estiveram interligadas no processo de formação dos profissionais da área da Saúde, o artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (Brasil, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições do sistema. Para observá-lo e efetivá-lo, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas

para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Em 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, que em seu artigo segundo aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) (Brasil, 2006a). A grande mudança trazida pela Portaria nº 399, foi nos espaços regionais de planejamento e gestão, que tomaram forma nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), dos quais participaram todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.

A partir de 2007, o Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), iniciou a discussão da Portaria nº 198, (Brasil, 2004a), (Anexo A), visando definir novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Ao final de um processo de discussão envolvendo diferentes instâncias, a Portaria nº 198 foi republicada pelo Diário Oficial da União, em 22/8/2007, sob o número 1.996 (Brasil, 2007a).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Departamento de Gestão da Educação em Saúde de 2009 apresentava três mudanças básicas: a alteração da política no sentido de adequação ao Pacto pela Saúde com maior protagonismo do Colegiado de Gestão Regional, a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob gestão do Ministério da Saúde, e a vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos da Educação Permanente em Saúde, nos âmbitos municipal, regional ou estadual (Brasil, 2009a).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as

necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutive dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, que incorpora no cotidiano das práticas com uma aprendizagem significativa e transformadora. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009a)

Lévy (2010), refere que a EAD explora certas mídias de ensino a distância, incluindo hipermídias, as redes de comunicação interativas e todas tecnologias intelectuais da Cibercultura. Mas o essencial encontra-se em um novo estilo de pedagogia, que favorece ao mesmo tempo as aprendizagens personalizadas e a aprendizagem coletiva em rede. Pondera ainda que a segunda reforma diz respeito ao reconhecimento das experiências adquiridas. Se as pessoas aprendem com suas atividades sociais e profissionais, se a escola e a universidade perdem progressivamente o monopólio da criação e transmissão de conhecimentos, os sistemas públicos de educação podem ao menos tomar para si a nova missão de orientar os percursos individuais no saber e de contribuir para o reconhecimento dos conjuntos de saberes pertencente às pessoas, aí incluídos os saberes não acadêmicos.

Segundo dados da ABED (Associação Brasileira de Ensino a Distância) em 2012 existiam mais de 2000 cursos EAD no Brasil. Todos eles convidados a participar do Censo ABED-2012, dos 252 questionários devolvidos e validados foram observados a seguinte situação: Do total de cursos ofertados em 2012 pelas instituições respondentes foi 9.376, sendo 1.856 (19,8%) cursos autorizados/reconhecidos e 7.520 (80,2%) cursos livres. Além disso, foram indicadas 6.500 disciplinas na modalidade EAD oferecidas em cursos presenciais autorizados/reconhecidos. O total de matrículas é de 5.772.466, sendo 5,8% nas disciplinas de EAD dos cursos presenciais autorizados (336.223), 19,8% dos cursos autorizados (1.141.260) e 74,4% dos cursos livres (4.294.982). Em 2012, em relação a 2011, houve um aumento de 52,5% das matrículas na modalidade EAD (ABED, 2013)

A Educação a Distância é uma modalidade de ensino que permite eliminar a separação geográfica entre educador e educando e atender a um número ilimitado de alunos que estejam em busca de formação, capacitação ou atualização profissional. É também, um processo de auto-aprendizado que é incentivado pela utilização de estratégias didáticas bem elaboradas e adequadas às várias situações.

Uma vantagem da Educação a Distância é a flexibilidade, isto porque não está limitada às condições espaciais e temporais da sala de aula, obrigando professor e aluno encontrar-se em um mesmo momento, proporcionando a todos os cidadãos usufruírem o direito de acesso ao conhecimento, principalmente quando estão distantes dos grandes centros. Outra vantagem da EAD é a rentabilidade que segue o princípio da economia de escala, isto é, quanto maior a produção de material didático para atender ao aumento (ilimitado) do número de cursistas menor será o custo.

Entretanto, não existe pressuposto de que a Educação a Distância possa substituir o ensino presencial ou convencional, de maneira diferente, observa-se que as duas modalidades se complementam e harmonizam estratégias de educação.

Segundo Paulo Freire, ensinar exige reconhecer que a educação é ideológica. Ideologia tem que ver diretamente com a ocultação da verdade dos fatos, com o uso da linguagem para opacizar a realidade, ao mesmo tempo que nos torna “míopes”. Sabemos que há algo no meio da penumbra, mas não o divisamos bem (Freire, 1996).

Outra possibilidade que temos é a de docilmente aceitar que o que vemos e ouvimos é o que na verdade é, e não a verdade distorcida. Por exemplo, “o discurso da globalização que fala da ética, esconde porém, que a sua ética é a do mercado e não a ética universal do ser humano, pela qual devemos lutar se optamos, na verdade, por um mundo de gente”. A teoria da transformação político-social do mundo, deve fazer parte de uma compreensão do homem enquanto ser fazedor da História, e por ela feito, ser da decisão, da ruptura, da opção (Freire, 1996).

Ao pesquisar como a Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP agrega a estes profissionais conteúdos e práticas transformadoras no trabalho em equipe e na organização dos serviços, creditamos competência e avanços às iniciativas de Educação Permanente no SUS.

Desta forma, medidas de impacto e avaliação dos serviços devem ser pesquisadas com o intuito de observar as mudanças nas práticas dos profissionais qualificando e possibilitando melhoria na qualidade de assistência prestada à população, tendo como foco de análise o ensino a distância como ferramenta democrática de capacitação permanente em serviço no Sistema Único de Saúde.

A photograph of a long suspension bridge with a wooden deck and metal railings, stretching into a dense, lush green forest. The bridge is the central focus, leading the eye from the bottom towards the top of the frame. The surrounding trees are thick and vibrant green, creating a sense of being deep within a jungle or forest.

*“Ninguém pode ver nem
compreender nos outros o que ele
próprio não tiver vivido.”*

Hermann Hesse

REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS: UMA IMPORTANTE FERRAMENTA PARA O SUS

2.1.1 Legislação

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, no capítulo VIII *da Ordem social* e na seção II referente à Saúde, reconhece no Art. 196 que a "saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Reconhece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 196 - 197) (Brasil, 1988).

No artigo 200 (Brasil, 1988), referente ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei: *III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico*. Segundo Ceccim et al. (2002), ressaltam que a ordenação da formação de Recursos Humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico, é uma responsabilidade para com a formação de pessoal de saúde e a produção de conhecimento e tecnologia no âmbito do sistema. Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação educacional, que deem conta de ambas as funções.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania, procura garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia (Polignano, 2011).

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, tendo seu conceito ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, e a assistência foi concebida de forma integral com ações de caráter preventivos e curativos (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006; Nickel et al., 2008).

Apesar de sua definição, na Constituição de 1988, o SUS somente foi regulamentado pelo Congresso Nacional, em 19 de setembro de 1990, quando o mesmo aprovou a Lei Federal 8.080 conhecida como "Lei Orgânica da Saúde" (LOS) (Brasil, 1990), que definiu seu modelo operacional e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde - as Normas Operacionais Básicas (NOBs) - como instrumentos de regulamentação do sistema (Viana; Dal Poz, 2005).

Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Brasil, 1990).

Artigo 6º: Estão incluídas no campo de atuação do SUS:

III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico

Artigo 14: Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único: Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Artigo 15: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

XIX – realizar pesquisas e estudos na área da saúde.

Artigo 27: A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Artigo 30: As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, [instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde] garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), as Comissões Permanentes devem suceder a estrutura dos Polos de Capacitação em Saúde e absorver as frentes de capacitação requeridas pelo SUS, superando a tradicional e tão criticada fragmentação / segmentação da formação em saúde, como também as ações educacionais nos órgãos de gestão do SUS fica explicitada a formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e viabilizando pesquisas e estudos na área da saúde assegurando a inserção ético-política à gestão do SUS.

A primeira versão da Lei 8.080, foi profundamente mutilada pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social. Resultado de negociações, uma nova lei, a 8.142 de dezembro do mesmo ano, recuperou alguns vetos e hoje o que conhecemos como a Lei Orgânica da Saúde é formada pelo conjunto das leis 8.080 e 8.142 (Roncalli, 2000), as quais definem o SUS como "*o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público*", reconhecendo que "*a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*" e que "*o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que*

assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação"; Também que "o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade"; e que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais e que, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (Brasil, 1990).

O SUS é reconhecidamente, uma importante conquista social dos brasileiros, embora venha sofrendo, ao longo de sua existência, as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional federal que muitas vezes, aparecem para o senso comum como escassez de financiamento (Narvai, 2006).

Ao mesmo tempo em que o sistema vem se configurando como uma das mais bem sucedidas experiências de reforma do Estado, numa perspectiva popular, também tem sido objeto diário de ataque dos setores interessados em mercantilizar a prestação de serviços no setor. Por ser um projeto claramente antineoliberal, e portanto contra-hegemônico, a construção do SUS, tal como proposto pela Reforma Sanitária, tem sido objeto de boicote permanente de todos os governos federais, desde sua aprovação em outubro de 1988 (Narvai, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde, as diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação de profissionais de saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2002) de acordo com a reforma universitária recomendam a articulação intersetorial para assegurar o diálogo e a orientação compartilhada – entre saúde e educação – para a formação dos profissionais, a prestação de serviços, a produção de conhecimentos e a construção de relevância social no campo da saúde. A implementação das diretrizes curriculares, através da educação, e a adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação, pela saúde, são os eixos da política para a mudança na graduação das profissões de saúde (Ortiz et al., 2008).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde, Enfermagem, Medicina e Odontologia, orientam principalmente a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) como campo de atuação e aprendizado dos estudantes. O SUS tem o

seu papel social e de saúde pública. Nesse sistema a escola deve ser formadora de profissionais que atuem em qualquer nível de atenção à saúde, com habilidades técnica, estética, política e ética (Vieira, 2003). Ao final dos anos 90, a necessidade dos serviços e a busca por pessoas capazes de aprender rapidamente, profissionais altamente informados e qualificados. A educação à distância é uma opção capaz de contribuir para a formação desses profissionais, tornando-os mais autônomos (Bordenave, 1988).

2.1.2 Educação Permanente em Saúde

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde articulando as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (Brasil, 2009).

A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais, podendo ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, sendo realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõem que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde da população. O processo de educação permanente em saúde tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009).

Para aprofundar na discussão dos processos de aprendizagem é fundamental o considerar o contexto onde esta prática de aprendizagem é desenvolvida. Para se produzir mudanças nas práticas e, sobretudo para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. Para

Argyris (1991), o contexto de aprendizagem tem papel significativo nas mudanças de práticas de serviço pois implica não apenas no desenvolvimento de novas habilidades mas um profundo processo reflexivo sobre a organização do próprio serviço.

Para Argyris (1993), a aprendizagem é um circuito duplo onde além de ocorrer uma revisão dos valores da própria conduta, modifica a pauta de relações pois altera o *status quo*, gerando intervenções nas organizações.

Davini (2009), afirma que a Educação Distância e o emprego de tecnologia da informação aplicada a educação adquirem um caráter estratégico na medida em que potencializam a disseminação global do conhecimento, propiciando o intercâmbio do indivíduo com o coletivo, também flexibiliza o acesso ao conhecimento e a informação, facilita a formação de comunidade virtuais em áreas de interesse, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates, além de possibilitar a adesão de usuários de forma mais dinâmica.

A Educação Permanente no Serviço é uma ferramenta potente de transformação institucional, facilitando a compreensão, a valorização e a apropriação de modelo de atenção à saúde buscando contextualizar e aprofundar reflexão das práticas integrando com a necessidade da população.

Para Davini (2009), a EPS tem como pontos importantes de implantação o direcionamento das ações e serviços das esferas de governo, gerando uma construção política compartilhada, A capacitação de gestão dos projetos nos próprios serviços, capacitando as equipes na programação e gestão de projetos, focando o trabalho em rede fortalecendo as competência para condução de projetos, e finalmente a integração de proposta em cada um dos projetos a fim de potencializar os resultados de transformação possibilitando o desenvolvimento de recurso humanos nos diversos níveis de atenção.

O processo de transformação de práticas nos contextos de trabalho devem fortalecer a reflexão das equipes sobre o trabalho e a gestão dos processos, tendo como foco a consolidação do desenho de educação permanente em serviço.

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área

específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde, a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino – aprendizagem (Brasil, 2004b).

A educação permanente é definida como *“toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes”* (Destro, 1995).

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde (Ceccim, 2005).

A Educação Permanente é considerada como um processo mais abrangente da educação uma vez que considera a formação integral e contínua do ser humano. A Educação Permanente em Saúde é vista na lógica metodológica problematizadora como uma revisão cotidiana das práticas, incluindo novos conteúdos teóricos, metodológicos e tecnológicos, possibilitando a construção de relações e processos que representam o olhar das equipes, com seus atores e cenários organizacionais, e incluem as práticas intersetoriais. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população (Brasil, 2004b). Segundo a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde:

O enfoque da Educação Permanente, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo: incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias. A nova vertente deu lugar à

construção teórica e metodológica da Educação Permanente em Saúde, amplamente desenvolvida nos programas de desenvolvimento de recursos humanos (Brasil, 2009).

Os Polos de Educação Permanente em Saúde foram criados 2004, por meio da Portaria GM nº 198/2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (Brasil, 2004b). A política de EPS objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando, como referência, as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial (Brasil, 2007a). Para a condução desta política, foram implantados os Polos de Educação Permanente em Saúde (Peps), instâncias de gestão com uma composição embasada no “*quadrilátero*” configurado por: gestores estaduais e municipais de saúde; formadores contemplando instituições com cursos para os trabalhadores da saúde; serviços de saúde representados pelos trabalhadores da área, e pelo controle social ou movimentos sociais de participação no sistema de saúde (Brasil, 2004b; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A formação de recursos humanos em decorrência dos novos desafios de garantir uma rede de atenção humanizada voltados aos usuários do Sistema Único de Saúde, assim sendo a capacitação dos profissionais de saúde ocorrem no trabalho e pelo trabalho implicando com a transformação das práticas do cuidado inseridas nas redes de atenção (Ceccim, 2005).

A Educação dos Profissionais de Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, problematizando conceitos e conceitualizações. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde (Ceccim, 2008)

Muitas iniciativas do setor propiciaram o desenvolvimento de um certo pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação. Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de

Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS.

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso de saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes, na formação que temos feito no Brasil a título de aprendizagem significativa, encontramos registro sobre a relevância da integração ensino – serviço, mas praticamente inexistente o registro sobre a relevância e necessidade da integração ensino - serviço - gestão - controle social.

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa “*que promove e produz sentidos*” e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Haddad et al., 1994). Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

2.1.3 Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006c).

Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe (Brasil, 2006c).

O Programa de Saúde de Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1994), com o objetivo de reordenar as práticas de saúde no âmbito da atenção básica em novas bases e critérios, com foco na família, a partir do seu ambiente físico e social (Groisman et al., 2005). Inicialmente formulado como programa, passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 1997) sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação (Ribeiro, 2004). A Estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS, de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Groisman et al., 2005).

A Estratégia de Saúde da Família amplia o acesso das pessoas ao SUS, uma incorporação prática e reafirmação dos seus princípios, portanto, surge como uma

estratégia que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde (Barbosa et al., 2007). “Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto de adultos, quanto de crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (Brasil, 1994).

Em que pese todo o esforço do Estado na qualificação do trabalho na APS, Franco e Merhy (1999), apontam que estão presentes diversas tensões na potência transformadora da ESF. Ao analisarem a ESF, colocam que, se a ESF não conseguir rever a forma de produzir o cuidado em saúde, dispondo-se a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da clínica ampliada, pode, assim como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, configurar-se na sua ação “como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico”. Para os autores, a ESF pode persistir como um modelo no qual cuida “dos terrenos de competência da Saúde Coletiva”, e da saúde individual cuida a corporação médica (Franco; Merhy, 1999).

Nos últimos anos tornou-se o principal programa alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica, tendo como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação; baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. Tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (Souza; Roncalli, 2007).

O momento inicial do trabalho da equipe de saúde deve ser o planejamento, começando pelo diagnóstico situacional da realidade de forma a reproduzir, com a maior fidelidade, as condições socioeconômico-culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência, portanto, as atividades iniciais das equipes de ESF incluem, principalmente, o mapeamento da área, o cadastramento das famílias,

o levantamento das necessidades e o conhecimento do perfil epidemiológico. É fundamental o reconhecimento dos espaços sociais, como escolas, creches, asilos, associações e locais para o desenvolvimento das ações educativo-preventivas e coletivas. A partir do diagnóstico situacional, os profissionais podem elaborar o planejamento das atividades e, prioritariamente, iniciar a intervenção, após a eleição das áreas de maior vulnerabilidade social (Carvalho et al., 2004).

A abordagem da comunidade não é prefixada no primeiro contato, ela deve ser gradual em todo processo das práticas de saúde por aproximações sucessivas (Portillo & Freitas, 2002), e o planejamento dependerá fundamentalmente do íntimo conhecimento da situação atual do sistema e da definição daquilo a que se pretende chegar (Tancredi et al., 1999). Certamente não existem regras para a abordagem da população-alvo quanto às ações em cada contexto. A equipe deverá conhecer a realidade e, com base nela, planejar a intervenção (Souza et al., 2001).

Certamente não existe receita pronta e eficaz para a organização da demanda, e conseqüente redução das filas e do tempo de espera, originando um atendimento acolhedor. Porém, o conhecimento do SUS por parte dos profissionais que estão ligados ao serviço, e aí se incluem, não só os gestores, mas todos os trabalhadores responsáveis por cada Unidade de Saúde e inclusive os usuários, pode facilitar a administração dos serviços, na medida em que se trata de um sistema com princípios doutrinários e organizativos (Santos et al., 2007).

Segundo Paim (1999), as preocupações das instituições de saúde restringem-se em manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta ou a própria oferta distorcida em relação às necessidades de saúde. São os chamados modelos assistenciais, que são centrados na “demanda espontânea” e que não são exclusivos do setor privado, e que estão presentes também nos serviços públicos. São predominantemente curativos, tendem a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se comprometem com o impacto sobre o nível de saúde da população.

Starfield (2004), discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

O acolhimento busca atender o indivíduo em suas necessidades, independentemente do diagnóstico, do nível de complexidade da demanda, ou da percepção do profissional ao qual se apresenta (Carvalho et al., 2004). Deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo, no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (Souza et al., 2008).

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield (2004), porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde, sendo que não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade.

Considerando-se que a Estratégia de Saúde da Família é um espaço indutor para formação e capacitação de trabalhadores de saúde sendo sua atuação tem um

grande impacto na transformação nas práticas dos serviços de saúde sustentando assim a Política Nacional de Atenção Básica.

Além disso, é importante o estabelecimento de parâmetros que promovam uma ação gerencial mais efetiva, permitindo o acompanhamento e avaliação constantes do serviço e conferindo às equipes de saúde qualidade diferenciadas em seu processo de trabalho. Cabe ressaltar que esses parâmetros devem ser construídos a partir de metas traçadas após o conhecimento da realidade sócio-cultural e epidemiológica da população, reforçando a importância do planejamento que permitirá avaliar a real necessidade da sua implantação e qualidade na sua execução (Brasil, 2006c).

2.2 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: REALIDADE E CAMINHOS

2.2.1 Caminhos da Educação

Cada pensador, ao longo do tempo buscou teorias e caminhos que segundo suas formações, convicções, inserções sociais e crenças explicassem os percursos do processo de educação. Em qualquer espaço de aprendizagem do mundo, estão séculos de reflexões sobre o ofício de educar.

Na Grécia antiga antes de existirem escolas, a educação já era assunto de pensadores. Um dos primeiros foi o grego Sócrates (469-399 a.C.), para quem os jovens deveriam ser ensinados a conhecer o mundo e a si mesmos. Para seu discípulo Platão (427-347 a.C.), o conhecimento só poderia ser alcançado num plano ideal e nem todos estariam preparados para esse esforço. Enquanto que para Aristóteles, discípulo de Platão, que democratizou o acesso pensando na escola para um número maior de pessoas, invertendo as prioridades e defendendo o estudo das coisas reais como um meio de adquirir sabedoria e virtude.

Mesmo os educadores que não conhecem a obra de Aristóteles, Rousseau, Kant, Marx, Durkheim, Steiner, Montessori, Gramsci, Piaget, Vygotsky, Skinner, Carl Rogers, Foulcaut, Paulo Freire, Demerval Saviani, Lévy, trabalham sob a influência desses pensadores, na essência de como suas ideias foram incorporadas à prática pedagógica, à organização do sistema educacional, ao conteúdo dos livros didáticos e ao currículo docente.

Em qualquer momento histórico a participação do aluno na construção de seu saber é uma ação imprescindível no processo de ensino-aprendizagem. Esse pressuposto indica que de fato cada indivíduo deve apropriar-se do contexto do seu aprendizado, tornando-se sujeito de sua história e agente transformador de sua sociedade.

Como todos processos educativos estão atrelados aos movimentos histórico-sociais não poderia me eximir desta apresentação. Minha intenção foi desenhar este processo histórico com relação aos principais pensadores da educação, através do quadro abaixo. Vários filósofos, educadores, pedagogos, estadistas, profissionais da saúde e educação. E, de forma linear caracterizar o tempo, as convicções e assertivas sobre o ato de educar.

Foto	Nome	Datas	Pensamento
Confúcio O Pensador lógico e racional oriental	551-479 A. C.	"Eu escuto e esqueço. Eu vejo e lembro. Eu faço e entendo".
Sócrates O mestre em busca da verdade	469-399 A. C.	" Só sei que nada sei."
Platão O primeiro pedagogo	427-348 A. C.	" Uma vida não questionada não merece ser vivida."

Aristóteles O defensor da instrução para a virtude	384-322 A. C.	"A dúvida é o princípio da sabedoria."
Santo Agostinho O idealizador da revelação divina	354 – 430 D. C.	"Se não podes entender, crê para que entendas. A fé precede, o intelecto segue."
Tomás de Aquino O pregador da razão e da prudência	1225-1274	"O primeiro degrau para a sabedoria é a humildade."
Dante Alighieri	1265-1321	"Agrada-me mais a dúvida do que o saber."
Erasmus de Roterdã O porta-voz do humanismo	1466-1536	"Toda educação saudável é uma educação sem controle religioso"
Michel de Montaigne O investigador de si mesmo	1533-1592	"O lucro do nosso estudo é tornarmo-nos melhores e mais sábios."
Comenius O pai da didática moderna	1592-1670	"As escolas fazendo que os homens se tornem verdadeiramente humanos, são sem dúvida oficinas da humanidade. "
John Locke O indivíduo era uma "tabula rasa", podendo e devendo ser condicionado e modelado pela educação	1632-1704	"Os homens são bons ou maus, úteis ou inúteis, graças a sua educação."
Jean J. Rousseau O filósofo da liberdade como valor supremo	1712-1778	"O homem nasce puro e a sociedade o corrompe."
Immanuel Kant	1724-1804	"O homem não é nada além daquilo que a educação faz dele."

Johann H. Pestalozzi O teórico que incorporou o afeto à sala de aula	1746-1827	"As faculdades do homem têm de ser desenvolvidas de tal forma que nenhuma delas predomine sobre as outras"
Johann F. Herbart O organizador da pedagogia como ciência	1776-1841	"Virtude é o nome que convém ao objetivo pedagógico em sua totalidade. É a idéia da liberdade interior convertida em realidade permanente numa pessoa."
Augusto Comte Pai do positivismo. O pensador que quis dar ordem ao mundo.	1798-1857	"Conhecimento é poder."
Karl Marx O filósofo da revolução	1818-1883	Os filósofos se limitaram a interromper o mundo de diversas maneiras; o que importa é modificá-lo.
Émile Durkheim O criador da sociologia da educação	1858-1917	"A sociedade e cada meio social particular determinam o ideal que a educação realiza."
John Dewey O pensador que pôs a prática em foco	1859-1952	"O professor que desperta entusiasmo em seus alunos conseguiu algo que nenhuma soma de métodos sistematizados, por mais corretos que sejam, pode obter"
Rudolf Steiner Fundador da Antroposofia, da Pedagogia Waldorf	1861-1925	"A nossa mais elevada tarefa deve ser a de formar seres humanos livres que sejam capazes de, por si mesmos, encontrar propósito e direção para suas vidas."
Maria Montessori A médica que valorizou o aluno	1870-1952	"A tarefa do professor é preparar motivações para atividades culturais, num ambiente previamente organizado, e depois se abster de interferir."
Ovide Decroly O primeiro a tratar o saber de forma única	1871-1932	"Convém que o trabalho das crianças não seja uma simples cópia; é necessário que seja realmente a expressão de seu pensamento"
Henri Wallon O educador integral	1879-1962	"O indivíduo é social não como resultado de circunstância externa, mas em virtude de uma necessidade interna."
Alexander Neill O promotor da felicidade na sala de aula	1883-1973	"Gostaria antes de ver a escola produzir um varredor de ruas feliz do que um erudito neurótico"

Baktin Filosofia da Linguagem	1885-1975	"A língua materna, seu vocabulário e sua estrutura gramatical, não conhecemos por meio de dicionários ou manuais de gramática, mas graças aos enunciados concretos que ouvimos e reproduzimos na comunicação efetiva com as pessoas que nos rodeiam."
Anton Makarenko O professor do coletivo	1888-1939	"É preciso mostrar aos alunos que o trabalho e a vida deles são parte do trabalho e da vida do país"
Antonio Gramsci A emancipação das massas subalternas	1891-1937	"A tendência democrática da escola não pode consistir apenas em que um operário manual se torne qualificado, mas em que cada cidadão possa se tornar governante."
Jean Piaget Teoria do conhecimento centrada no desenvolvimento natural da criança	1896-1980	"A principal meta da educação é criar homens que sejam capazes de fazer coisas novas, não simplesmente repetir o que outras gerações já fizeram. Homens que sejam criadores, inventores, descobridores. A segunda meta da educação é formar mentes que estejam em condições de criticar, verificar e não aceitar tudo que a elas se propõe."
Celéstin Freinet Fundador da pedagogia do trabalho e pedagogia do êxito. Aulas-passeio.	1896-1966	"A democracia de amanhã se prepara na democracia da escola."
Vygotsky O teórico do ensino como processo social	1896-1934	"O saber que não vem da experiência não é realmente saber."
Anísio Teixeira O inventor da escola pública no Brasil. A experiência do aluno como base do aprendizado.	1900-1971	"Democracia, essencialmente, é o modo de vida social em que cada indivíduo conta como uma pessoa"
Carl Rogers A tarefa do professor é facilitar o aprendizado, que o aluno conduz a seu modo.	1902-1987	"Por aprendizagem significativa, entendo, aquilo que provoca profunda modificação no indivíduo. Ela é penetrante, e não se limita a um aumento de conhecimento, mas abrange todas as parcelas de sua existência."

B. F. Skinner Behaviorismo	1904-1990	"A educação é o estabelecimento de comportamentos que serão vantajosos para o indivíduo e para outros em algum tempo futuro."
Hannah Arendt A voz de apoio à autoridade do professor	1906-1975	"A escola não é de modo algum o mundo, nem deve ser tomada como tal; é antes a instituição que se interpõe entre o mundo e o domínio privado."
Florestan Fernandes Um militante do ensino democrático	1920-1995	"Na sala de aula, o professor precisa ser um cidadão e um ser humano rebelde."
Reuven Fierstein Modificabilidade Cognitiva Estrutural e aprendizagem mediada	1921-2014	"Mais importante do que saber é aprender como usar esse saber."
Edgar Morin O arquiteto da complexidade, multiplicidade e diversidade.	1921	"É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une."
Paulo Freire O mentor da educação para a consciência e liberdade	1921-1997	"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidade para sua própria produção ou a sua construção."
Gilles Deleuze Rizoma, ontologia da experiência, a teoria do que fazemos, a virtualidade e a atualidade.	1925-1995	"Escreve-se sempre para dar a vida, para liberar a vida aí onde ela está aprisionada, para traçar linhas de fuga."
Jacques Delors Quatro pilares da educação para o Sec. XXI	1925	"Aprender a conhecer, fazer, conviver e ser."
Michel Foucault Um crítico da instituição escolar	1926-1984	"Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo".
Lawrence Stenhouse O defensor da pesquisa no dia a dia	1926-1982	"O pesquisador da educação e o docente devem compartilhar a mesma linguagem"

Félix Guattari Transdisciplinariedade	1930-1992	"A subjetividade, através de chaves transversais, se instaura ao mesmo tempo no mundo do meio ambiente, dos grandes Agenciamentos sociais institucionais e, simetricamente, no seio das paisagens e dos fantasmas que habitam as mais íntimas esferas do indivíduo. A reconquista de um grau de autonomia criativa num campo particular invoca outras conquistas em outros campos"
Pierre Bourdieu O investigador da desigualdade	1930-2002	"Nada é mais adequado que o exame para inspirar o reconhecimento dos veredictos escolares e das hierarquias sociais que eles legitimam".
Michel Serres Sociedade Pedagógica	1930	Um pouco de ruído, o menor elemento do acaso, transforma um sistema ou ordem em outro."
Rubem Alves Educação pelo afeto e com alegria	1933-2014	"Para isso existem as escolas: não para ensinar as respostas, mas para ensinar as perguntas. As respostas nos permitem andar sobre a terra firme. Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido."
Emilia Ferreiro A revolução na alfabetização. Construção do saber na prática pedagógica.	1936	"É preciso sermos enfáticos: a escrita é importante na escola pelo fato de que é importante fora da escola, não o contrário."
Moacir Gadotti Gestão democrática com participação popular no planejamento e na organização da educação nacional.	1941	"O diálogo se dá entre iguais e diferentes, nunca entre antagônicos."
Howard Gardner O cientista das inteligências múltiplas	1943	"A educação precisa justificar-se realçando o entendimento humano."
Dermeval Saviani Pedagogia Histórico-crítica	1944	"A Pedagogia Histórico-Crítica não é outra coisa senão aquela pedagogia empenhada decididamente em colocar a educação a serviço da referida transformação das relações de produção."
Sérgio Cortella	1954	"É necessário fazer outras perguntas, ir atrás das indagações que produzem o novo saber, observar com outros olhares através da história pessoal e coletiva, evitando a empáfia daqueles e daquelas que supõem já estar de posse do conhecimento e da certeza."

Pierre Lévy Cibercultura e inteligência artificial.	1956	“O usuário terá a habilidade de priorizar as fontes e os temas e escolher deliberadamente o que ele quer saber. Será uma atividade que a próxima geração vai aprender a fazer nas escolas.”
---	---	------	---

Quadro 2.1 – Linha do Tempo: pensadores, educadores, filósofos, profissionais que marcaram a educação

Destaca-se que todo educador tem uma consciência política que estará expressa nas suas opções metodológicas, nas tendências pedagógicas e na efetivação do processo ensino-aprendizagem. Citando Freire (1983), “a educação é um ato político: um ato que sempre é praticado a favor de alguém, de um grupo, de algumas ideias e, conseqüentemente, contra outro alguém, contra outro grupo, e contra outras ideias”.

Assim sendo, entendemos que os diferentes posicionamentos pessoais e profissionais do educador envolvem diferentes modos de compreender o mundo a sua volta, e desta forma organizar o processo ensino-aprendizagem, e por isso, a sua ação educativa retrata sempre uma opção política.

Segundo Mizukami (1986), o conhecimento humano, dependendo dos diferentes referenciais, é explicado diversamente em sua gênese e desenvolvimento, o que condiciona conceitos diversos de homem, mundo, cultura, sociedade, educação, etc. Dentro de um mesmo referencial, é possível haver abordagens diversas, tendo em comum apenas os diferentes primados: ora do objeto, ora do sujeito, ora da interação de ambos. Diferentes posicionamentos pessoais deveriam derivar diferentes arranjos de situações de ensino aprendizagem e diferentes ações educativas em sala de aula, partindo-se do pressuposto de que a ação educativa exercida por professores em situações planejadas de ensino-aprendizagem é sempre intencional. Subjacente a esta ação, estaria presente – implícita ou explicitamente, de forma articulada ou não – um referencial teórico que compreendesse conceitos de homem, mundo, sociedade, cultura, conhecimento, etc. O estudo acerca das diferentes linhas pedagógicas, tendências ou abordagens, no ensino podem fornecer diretrizes à ação docente, mesmo considerando que a elaboração que cada professor

faz delas é individual e intransferível. No quadro a seguir foram sintetizadas as diferentes abordagens pedagógicas.

Abordagem	Sociedade	Visão do Homem	Metodologia
Tradicional Transmissão	Poder Dominação	Passivo	Verticalizada
Condicionadora Comportamentalista	Poder Burguesia Competição	Produtivo Competitivo	Automação Instrução Programada
Cognitiva Piaget	Especialização Especificação Interação	Estruturas do conhecimento Equilíbrio Desequilíbrio	Espiral de conhecimentos
Humanista Rogers	Global Homem inteiro Sociedade Plena	Conceito Nucleador	Experimentação
Sócio-Cultural Paulo Freire	Interação Críticidade Transformação Conhecimento para a Vida	Atuante Crítico Transformador	Interação entre sujeito e objeto do conhecimento implicações com o meio social
Didaticista	Tecnologia Individualista Despersonalizada	Robotização Cibernético	Informatização

Fonte: Mizukami (1986)

Quadro 2.2 – Abordagens Pedagógicas nos cenários sociais, a visão do homem e as metodologias de aprendizagem

Fonte: Libâneo (2006).

Figura 2.1 – Tendências Pedagógicas brasileiras: liberais e progressistas, segundo conteúdos, metodologias e principais autores

Segundo Libâneo (2006), as *“Tendências Pedagógicas não aparecem em sua forma pura, nem sempre, são mutuamente exclusivas, nem conseguem captar toda a riqueza da prática escolar”*, assim sendo, são um modelo de classificação com descrição das tendências mais comuns empregadas no Brasil, sendo um instrumento de análise para o educadores avaliar sua prática pedagógica, utilizando como critério a posição que adotam em relação aos condicionantes sociopolíticos do contexto histórico e geográfico na qual estão inseridas, as tendências pedagógicas foram classificadas em liberais e progressistas.

Saviani (2008), divide em quatro grandes blocos os caminhos da Educação no Brasil:

1549-1759-Pedagogia Tradicional com forte influência religiosa marcada pelas influências jesuíticas.

1759-1932- Pedagogia tradicional mas com o aparecimento da escola laica.

1932-1969- Movimentos da escola nova com questionamentos acerca do espaço escolar e a figura do professor no processo ensino-aprendizagem.

1969- até os dias atuais-Concepção Pedagógica Produtivista onde são articuladas as demandas do mercado e as necessidades da educação. Concepção própria das sociedades capitalistas.

Com relação a educação a distância, foco deste trabalho, existem evidências a partir da metade do século XX, com o surgimento das primeiras instituições educacionais voltadas para a EAD e com o desenvolvimento acentuado das tecnologias de comunicação, ocorreu um despertar do interesse de estudiosos e pesquisadores, que procuraram conceituar a EAD e descrever com segurança as suas metodologias. Para Keegan (1996), que identifica alguns elementos-chave dos processos educacionais à distância, tais como:

Distância física entre professores e alunos;
Influência de uma organização educacional;
Uso da mídia para interligar professores e alunos;
Aprendizes vistos como indivíduos, ao invés de grupos de alunos;
Possibilidade de socialização em encontros presenciais e no ambiente EAD;
Troca de comunicação bidirecional (Keegan, 1996).

Landin (1997), diz que “com a grande expansão da EAD no final dos anos 60 e na década de 70, estudiosos desta modalidade educativa apresentam suas contribuições, estas foram classificadas por Keegan (1996), em três grupos,” assim distribuídos:

As teorias da autonomia e independência, arguidas por Charles Wedemeyer (EUA) e Michael Moore (Reino Unido), que refletem, como componente essencial, a independência do aluno;

O trabalho de Otto Peters (Alemanha) em uma teoria da industrialização, que reflete a tentativa de visualizar o campo da educação a distância como uma forma industrializada de ensinamento e aprendizagem;

A terceira corrente integra as teorias de interação e comunicação formuladas por Baath (Suécia), Sewart (Reino Unido) e Börje Holmberg (Suécia), Daniel e Marquis (Reino Unido) (Keegan, 1996)

Segundo Mugnol (2009), temos que considerar as diferenças sociais e culturais dos estudantes, uma vez que a educação a distância, com a utilização de meios de comunicação de massa, atinge público de regiões diferentes dentro de um mesmo país ou até mesmo países diferentes. Assim, torna-se importante definir de forma clara os objetivos dos cursos de EAD, tendo sempre a intenção de realizar uma atividade capaz de interferir positivamente na sociedade.

Percebe-se a dificuldade para se chegar a um consenso sobre a definição de educação a distância e, obviamente, essa dificuldade está diretamente relacionada ao fato de existir uma carência na definição de seus fundamentos.

Holmberg (1985), autor que coloca como base dos fundamentos da EAD a teoria da interação e da comunicação, define-a dizendo que:

A expressão “educação a distância” cobre as distintas formas de estudo em todos os níveis que não se encontram sob a contínua e imediata supervisão dos tutores, presentes com seus alunos na sala de aula, mas, não obstante, se beneficiam do planejamento, orientação e acompanhamento de uma organização tutorial.

Moore e Kearsley (1996), referem-se a essa modalidade não como educação, mas sim como ensino, dizendo que: “*O ensino a distância é o tipo de método de instrução em que as condutas docentes acontecem à parte das discentes, de tal*

maneira que a comunicação entre o professor e o aluno se possa realizar mediante textos impressos, por meios eletrônicos, mecânicos ou por outras técnicas”.

Todo processo educacional é baseado em uma teoria de aprendizagem, assim sendo a EAD também fundamenta-se em uma visão de processo de ensino, podemos destaca três teorias de aprendizagem utilizadas nos cenários de EAD. São elas: Comportamentalismo, Construtivismo e Sócio-Interacionismo.

A Teoria Comportamentalista, entende que o homem como um ser passivo e orientado por estímulos externos (Skinner, 1974), e a aprendizagem é descrita como um repositório de comportamentos sendo que o reforço é mais importante que o processo de ensino.

A Teoria Construtivismo segundo Piaget (1978), o conhecimento é reconstruído pelo indivíduo com a interação com o ambiente sendo assim um processo contínuo de mudanças nas estruturas cognitivas em face as novas informações, possibilitando uma maturação do conhecimento sendo a aprendizagem um processo de descobertas cada vez mais complexas.

A Teoria Sócio-interacionismo estabelece que a construção do conhecimento é um processo coletivo marcado pela história, cultura e ambiente social, a aprendizagem é resultado das interações sociais exercendo um papel fundamental no desenvolvimento cognitivo do indivíduo (Vygotsky, 1999).

2.2.2 Histórico da EAD no Mundo

Segundo Gouvêa e Oliveira (2006), alguns compêndios citam as epístolas de São Paulo às comunidades cristãs da Ásia Menor, registradas na Bíblia, como a origem histórica da Educação a Distância. Estas epístolas ensinavam como viver dentro das doutrinas cristãs em ambientes desfavoráveis e teriam sido enviadas por volta de meados do século I. Considerando à parte esta informação, é possível estabelecer alguns marcos históricos que consolidaram a Educação a Distância no

mundo, a partir do século XVIII (Vasconcelos, 2010; Gouvêa; Oliveira, 2006):

1728 – marco inicial da Educação a Distância: é anunciado um curso pela Gazeta de Boston, na edição de 20 de março, onde o Prof. Caleb Philipps, de Short Hand, oferecia material para ensino e com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos. tutoria por correspondência. Após iniciativas particulares, tomadas por um longo período e por vários professores, no século XIX a Educação a Distância começa a existir institucionalmente.

1829 – na Suécia é inaugurado o Instituto Líber Hermondes, que possibilitou a mais de 150.000 pessoas realizarem cursos através da Educação a Distância;

1840 – na Faculdade Sir Isaac Pitman, no Reino Unido, é inaugurada a primeira escola por correspondência na Europa;

1856 – em Berlim, a Sociedade de Línguas Modernas patrocina os professores Charles Toussaine e Gustav Laugenschied para ensinarem Francês por correspondência;

1892 – no Departamento de Extensão da Universidade de Chicago, nos Estados Unidos da América, é criada a Divisão de Ensino por Correspondência para preparação de docentes;

1922 – inicia-se cursos por correspondência na União Soviética;

1935 – o Japanese National Public Broadcasting Service inicia seus programas escolares pelo rádio, como complemento e enriquecimento da escola oficial;

1947 – inicia-se a transmissão das aulas de quase todas as matérias literárias da Faculdade de Letras e Ciências Humanas de Paris, França, por meio da Rádio Sorbonne;

1948 – na Noruega, é criada a primeira legislação para escolas por correspondência;

1951 – nasce a Universidade de Sudáfrica, atualmente a única universidade a distância da África, que se dedica exclusivamente a desenvolver cursos nesta modalidade;

1956 – a Chicago TV College, Estados Unidos, inicia a transmissão de programas educativos pela televisão, cuja influência pode notar-se rapidamente em outras universidades do país que não tardaram em criar unidades de ensino a distância, baseadas fundamentalmente na televisão;

1960 – na Argentina, nasce a Tele Escola Primária do Ministério da Cultura e Educação, que integrava os materiais impressos à televisão e à tutoria;

1968 – é criada a Universidade do Pacífico Sul, uma universidade regional que pertence a 12 países-ilhas da Oceania;

1969 – no Reino Unido, é criada a Fundação da Universidade Aberta;

1971 – a Universidade Aberta Britânica é fundada;

1972 – na Espanha, é fundada a Universidade Nacional de Educação a Distância;

1977 – na Venezuela, é criada a Fundação da Universidade Nacional Aberta;

1978 – na Costa Rica, é fundada a Universidade Estadual a Distância;

1984 – na Holanda, é implantada a Universidade Aberta;

1985 – é criada a Fundação da Associação Europeia das Escolas por Correspondência;

1985 – na Índia, é realizada a implantação da Universidade Nacional Aberta Indira Gandhi;

1987 – é divulgada a resolução do Parlamento Europeu sobre Universidades Abertas na Comunidade Europeia;

1987 – é criada a Fundação da Associação Europeia de Universidades de Ensino a Distância;

1988 – em Portugal, é criada a Fundação da Universidade Aberta;

1990 – é implantada a rede Europeia de Educação a Distância, baseada na declaração de Budapeste e o relatório da Comissão sobre educação aberta e a distância na Comunidade Europeia (Vasconcelos, 2010).

Todos esses acontecimentos e instituições foram importantes para a consolidação da Educação a Distância, oferecida atualmente em todo o mundo. Hoje, mais de 80 países, nos cinco continentes, adotam a Educação a Distância em todos os níveis de ensino, em programas formais e não formais, atendendo milhões de estudantes (Gouvêa; Oliveira, 2006).

Muitas instituições de ensino e empresas que desenvolvem programas de treinamento de recursos humanos, através da Educação a Distância. As universidades a distância têm incorporado, em seu desenvolvimento histórico, as novas tecnologias de informática e de telecomunicação (Alves, 2011).

2.2.3 Histórico da EAD no Brasil

As primeiras experiências em Educação a Distância no Brasil têm seus registros datados no início do século XX. Segue alguns acontecimentos que marcaram a história da Educação a Distância no Brasil (Vasconcelos, 2010; Alves, 2011):

1904 – o Jornal do Brasil registra, na primeira edição da seção de classificados, anúncio que oferece profissionalização por correspondência para datilógrafo;

1923 – um grupo liderado por Henrique Morize e Edgard Roquette-Pinto criou a Rádio Sociedade do Rio de Janeiro que oferecia curso de Português, Francês, Silvicultura, Literatura Francesa, Esperanto, Radiotelegrafia e Telefonia. Tinha início assim a Educação a Distância pelo rádio brasileiro;

1934 – Edgard Roquette-Pinto instalou a Rádio Escola Municipal no Rio, projeto para a então Secretaria Municipal de Educação do Distrito Federal. Os estudantes tinham acesso prévio a folhetos e esquemas de aulas, e também era utilizada correspondência para contato com estudantes;

1939 – surgimento, em São Paulo, do Instituto Monitor, o primeiro instituto brasileiro a oferecer sistematicamente cursos profissionalizantes a distância por correspondência, na época ainda com o nome Instituto Rádio Técnico Monitor;

1941 – surge o Instituto Universal Brasileiro, segundo instituto brasileiro a oferecer também cursos profissionalizantes sistematicamente. Fundado por um ex-sócio do Instituto Monitor, já formou mais de 4 milhões de pessoas e hoje possui cerca de 200 mil alunos; juntaram-se ao Instituto Monitor e ao Instituto Universal Brasileiro outras organizações similares, que foram responsáveis pelo atendimento de milhões de alunos em cursos abertos de iniciação profissionalizante a distância. Algumas dessas instituições atuam até hoje. Ainda no ano de 1941, surge a primeira Universidade do Ar, que durou até 1944.

1947 – surge a nova Universidade do Ar, patrocinada pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Serviço Social do Comércio (SESC) e emissoras associadas. O objetivo desta era oferecer cursos comerciais radiofônicos. Os alunos estudavam nas apostilas e corrigiam exercícios com o auxílio dos monitores. A experiência durou até 1961, entretanto a experiência do SENAC com a Educação a Distância continua até hoje;

1959 – a Diocese de Natal, Rio Grande do Norte, cria algumas escolas radiofônicas, dando origem ao Movimento de Educação de Base (MEB), marco na Educação a Distância não formal no Brasil. O MEB, envolvendo a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e o Governo Federal utilizou-se inicialmente de um sistema rádio educativo para a democratização do acesso à educação, promovendo o letramento de jovens e adultos;

1962 – é fundada, em São Paulo, a Ocidental School, de origem americana, focada no campo da eletrônica;

1967 – o Instituto Brasileiro de Administração Municipal inicia suas atividades na área de educação pública, utilizando-se de metodologia de ensino por correspondência. Ainda neste ano, a Fundação Padre Landell de Moura criou seu núcleo de Educação a Distância, com metodologia de ensino por correspondência e via rádio;

1970 – surge o Projeto Minerva, um convênio entre o Ministério da Educação, a Fundação Padre Landell de Moura e Fundação Padre Anchieta, cuja meta era a utilização do rádio para a educação e a inclusão social de adultos. O projeto foi mantido até o início da década de 1980;

1974 – surge o Instituto Padre Reus e na TV Ceará começam os cursos das antigas 5ª à 8ª séries (atuais 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental), com material televisivo, impresso e monitores;

1976 – é criado o Sistema Nacional de Teleducção, com cursos através de material instrucional;

1979 – a Universidade de Brasília, pioneira no uso da Educação a Distância, no ensino superior no Brasil, cria cursos veiculados por jornais e revistas, que em 1989 é transformado no Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância (CEAD) e lançado o Brasil EAD;

1981 – é fundado o Centro Internacional de Estudos Regulares (CIER) do Colégio Anglo-Americano que oferecia Ensino Fundamental e Médio a distância. O objetivo do CIER é permitir que crianças, cujas famílias mudem-

se temporariamente para o exterior, continuam a estudar pelo sistema educacional brasileiro;

1983 – o SENAC desenvolveu uma série de programas radiofônicos sobre orientação profissional na área de comércio e serviços, denominada “Abrindo Caminhos”;

1991 – o programa “Jornal da Educação – Edição do Professor”, concebido e produzido pela Fundação Roquete-Pinto tem início e em 1995 com o nome “Um salto para o Futuro”, foi incorporado à TV Escola (canal educativo da Secretaria de Educação a Distância do Ministério da Educação) tornando-se um marco na Educação a Distância nacional. É um programa para a formação continuada e aperfeiçoamento de professores, principalmente do Ensino Fundamental e alunos dos cursos de magistério. Atinge por ano mais de 250 mil docentes em todo o país;

1992 – é criada a Universidade Aberta de Brasília, acontecimento bastante importante na Educação a Distância do nosso país;

1995 – é criado o Centro Nacional de Educação a Distância e nesse mesmo ano também a Secretaria Municipal de Educação cria a MultiRio (RJ) que ministra cursos do 6º ao 9º ano, através de programas televisivos e material impresso. Ainda em 1995, foi criado o Programa TV Escola da Secretaria de Educação a Distância do MEC;

1996 – é criada a Secretaria de Educação a Distância (SEED), pelo Ministério da Educação, dentro de uma política que privilegia a democratização e a qualidade da educação brasileira. É neste ano também que a Educação a Distância surge oficialmente no Brasil, sendo as bases legais para essa modalidade de educação, estabelecidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), embora somente regulamentada em 20 de dezembro de 2005 pelo Decreto nº 5.622 (Brasil, 2005) que revogou os Decretos nº 2.494 de 10/02/98, e nº 2.561 de 27/04/98, com normatização definida na Portaria Ministerial nº 4.361 de 2004 (Brasil, 2004c).

2000 – é formada a UniRede, Rede de Educação Superior a Distância, consórcio que reúne atualmente 70 instituições públicas do Brasil comprometidas na democratização do acesso à educação de qualidade, por meio da Educação a Distância, oferecendo cursos de graduação, pós-graduação e extensão. Nesse ano, também nasce o Centro de Educação a Distância do Estado do Rio de Janeiro (CEDERJ), com a assinatura de um documento que inaugurava a parceria entre o Governo do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria de Ciência e Tecnologia, as universidades públicas e as prefeituras do Estado do Rio de Janeiro.

2002 – o Cederj é incorporado a Fundação Centro de Ciências de Educação Superior a Distância do Rio de Janeiro (Fundação CECIERJ).

2004 – vários programas para a formação inicial e continuada de professores da rede pública, por meio da EAD, foram implantados pelo MEC. Entre eles o Proletramento e o Mídias na Educação. Estas ações conflagram na criação do Sistema Universidade Aberta do Brasil.

2005 – é criada a Universidade Aberta do Brasil, uma parceria entre o MEC, estados e municípios; integrando cursos, pesquisas e programas de educação superior a distância.

2006 – entra em vigor o Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino, incluindo os da modalidade a distância (Brasil, 2006b).

2007 – entra em vigor o Decreto no 6.303, de 12 de dezembro de 2007, que altera dispositivos do Decreto nº 5.622 que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB (Brasil, 2007b).

2008 – em São Paulo, uma Lei permite o ensino médio a distância, onde até 20% da carga horária poderá ser não presencial.

2009 – entra em vigor a Portaria nº 10, de 02 julho de 2009, que fixa critérios para a dispensa de avaliação in loco e deu outras providências para a Educação a Distância no Ensino Superior no Brasil (Brasil, 2009b).

2.2.4 Pressupostos e Legislação dos Cursos EAD

A educação superior brasileira é marcada pela formalização com prescrição de normas, evidenciadas pelas relações de controle do Estado na autorização e credenciamento de instituições e cursos e também sobre a regulação interna das instituições. As instituições de ensino superior têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que valorize a equidade, a qualidade da assistência, a eficiência e a relevância do trabalho em saúde. Importante pensar no conteúdo dos currículos dos cursos de saúde e possíveis propostas com vistas à capacitação do profissional de forma eficiente e abrangendo temas atuais (Alves, 2000).

A EAD começou a crescer no Brasil em 2000, quando oferecia 13 cursos superiores e reuniu 1.758 alunos. Em 2008, já eram 1.752 cursos de graduação e pós-graduação lato sensu com 786.718 matriculados, segundo a Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED). A modalidade de ensino usa ambientes virtuais, chats, fóruns e e-mails para unir professores e turmas. As experiências no ensino a distância por aqui começaram no início do século 20, com cursos profissionalizantes por carta, rádio e, mais tarde, pela TV. Só com a internet e a banda larga, eles se tornaram viáveis na graduação e na pós-graduação.

Apenas recentemente a EAD passou a ser uma saída para suprir a demanda por formação superior no país. Criada em 2005, a Universidade Aberta do Brasil (UAB) tem como prioridade a formação inicial de professores da Educação Básica pública, além de formação continuada aos graduados. Por meio de parcerias entre 38 universidades federais, a UAB oferece 92 opções de extensão, graduação e pós-graduação (ABED, 2013).

Atualmente, a EAD on-line possui uma conotação diferente da praticada anteriormente pelo fato de destinar-se, principalmente, à formação de adultos em nível de graduação, pós-graduação, extensão, cursos sequenciais e educação continuada.

A EAD através da Internet tem se mostrado adequada e vantajosa como instrumento para processos de ensino-aprendizagem não apenas pela característica de acessibilidade em qualquer tempo e lugar, mas principalmente pela multiplicidade de recursos que oferece, a interatividade e diversidade de estímulos que esta modalidade de ensino possibilita, além da oportunidade de integração e de trabalho cooperativo que pode proporcionar (Almeida, 2003).

O interesse das Instituições de Ensino Superior (IES) pela EAD no Brasil cresceu após a LDB de 1996 que iniciou a regulamentação de cursos a distância e também permitiu o oferecimento de até 20% da carga horária de cursos presenciais já regulamentados pelo sistema a distância. A Lei das Diretrizes e Bases de Educação – LDB no art. 47 define que a educação a distância deve ser compreendida como a atividade pedagógica que é caracterizada por um processo de ensino-aprendizagem realizado com a mediação docente e a utilização de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes tecnológicos de informação e comunicação (Brasil, 1996)

Em 2005 o investimento governamental na EAD culminou com a criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB), que constitui um consórcio de universidades públicas e centros tecnológicos para oferecimento de cursos a distância. O decreto nº 5622 de 19 de dezembro de 2005, em seu artigo 1º define a EAD como modalidade de educação na qual a mediação didática pedagógica nos processos ensino-aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e da comunicação, com atividades síncronas e assíncronas. O decreto destaca que a EAD deve ser organizada segundo metodologia, gestão e avaliação pertinentes as intenções das instituições, sendo previsto momento presenciais (Brasil, 2005).

A educação *on-line* parte de pressupostos pedagógicos da aprendizagem colaborativa ou cooperativa onde é esperada e incentivada a participação do aluno, pois a troca de informações e experiências produzem mais conhecimento e promovem o aprendizado (Rodrigues; Peres, 2008). O espaço virtual permite reunir e integrar diversas mídias com finalidades diferentes possibilitando a criação de atividades variadas e multifacetadas. Podemos utilizar recursos diversos como áudio, vídeo e hipertextos para recriar a realidade oferecendo oportunidades de experimentação

prática por parte do aluno sem que este coloque em risco a vida de um paciente real. O emprego de estudos de caso e simulações nos permite criar situações de trabalho idênticas à realidade para que o aluno possa treinar tomada de decisões, identificar problemas, prioridades, levantar hipóteses, selecionar informações, analisar contextos e buscar soluções (Rodrigues; Peres, 2008).

Segundo Schwartzman et al. (2009), a formação do homem e o processo de educação nos cenários de EAD:

O homem é o único ser vivo que constrói máquinas para lhe instrumentalizar, sendo capaz de viver um mundo virtual tão intensamente quanto no real. Sendo assim, pode utilizar a força da tecnologia em favor do crescimento intelectual, apontando para alunos e professores caminhos facilitadores para o processo. As discussões relacionadas ao ensino, sobretudo superior e de saúde, resultaram em ampla reforma no ensino com o surgimento e adoção do Ensino a distância que é uma importante ferramenta no processo de ensino-aprendizagem dos alunos, professores e tutores, embora, estes devem estar preparados para lidar com o multidimensional e o método dialógico (Schwartzman et al. 2009).

A Educação a Distância (EAD) é uma estratégia para a educação com a utilização de novas tecnologias. Esta inovação pedagógica está sendo introduzida nas novas tecnologias de comunicação das diferentes áreas de conhecimento e tem contribuído para a ampliação de atuação da EAD, tornando-se desta forma uma ferramenta estratégica e importante de capacitação continuada em serviços de saúde.

A EAD pode ser considerada e definida como uma modalidade de ensino que facilita a autoaprendizagem, com a ajuda de recursos didáticos organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, e que pode ser utilizada por diversos meios de comunicação. Dessa forma, a EAD é capaz propiciar a criação de novas modalidades de cursos, de modo a poder incorporar novos conteúdos, práticas pedagógicas e procedimentos de avaliação, saúde dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho (Oliveira, 2007).

Ela pode ser compreendida como uma das modalidades de ensino e aprendizagem possibilitada pela mediação dos suportes tecnológicos e de rede, seja esta inserida em sistemas de ensino presencial, mistos ou completamente realizada

à distância física dos alunos (Nova e Alves, 2003). Nesse sentido, a EAD pode ser destacada como uma rica possibilidade para o incremento na formação profissional, através de um processo educativo no qual a aprendizagem é realizada com separação física entre alunos e professores. O aprendizado e a comunicação acontecem por meio de recursos tecnológicos que ultrapassem a exposição oral (Telles Filho; Cassiani, 2007).

Segundo Ortiz et al, (2008), a EAD possibilita a abertura e ampliação de oportunidades de acesso a uma educação de qualidade, como resposta adequada às exigências de maior quantidade e melhor formação em uma modernidade globalizada e competitiva; a consistência como superação de problemas e dificuldades colocadas pela falta de disponibilidade de tempo de candidatos a cursos de diferentes níveis e modalidades.

2.2.5 Plataformas para efetivação do EAD

A evolução da comunicação teve um grande salto com a chegada da internet que emergiu para o público em 1984, e somente a partir de 1995, o acesso à grande rede de computadores se popularizou com a emergência da web, provocando um “povoamento virtual”, a internet como ferramenta de aprendizagem é um trabalho em progresso e o seu valor educacional dependerá do conteúdo disponibilizado, da informação processada e da competência adquirida. Sendo assim, nota-se que para assegurar a relevância no processo de ensino-aprendizagem esta tem que atuar como um ambiente colaborativo entre os aprendizes familiarizando-os com a variedade de seus recursos, facilitando a autonomia, independência, a construção de conhecimentos, a colaboração e a comunicação (Pfeiffer, 2011).

Muitas plataformas no AVA apresentam ferramentas que possibilitam a interação dos alunos com os alunos, com o tutor, com o conteúdo podendo realizar processos de avaliação, este são: e-mail, chat, fórum, lista de discussão, mural, portfólio, FAQ- perguntas frequentes, perfil, acompanhamento ou mapa de acesso e

participação, diário de bordo e instrumentos de avaliação, abaixo estão identificadas algumas plataformas utilizadas em cursos EAD no Brasil.

TelEduc é um ambiente de *e-learning* para a criação, participação e administração de cursos na Web. É um ambiente idealizado no processo de formação de professores, foi desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Informática Aplicada à Educação da Unicamp (Universidade de Campinas, SP), é um ambiente aberto e gratuito. (<http://www.teleduc.org.br/>).

Aulanet é um software *Learning Management System* (LSM), cuja ferramenta foi desenvolvida no Laboratório de Engenharia de Software (LES) do Departamento de Informática da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), em 1997. (http://www.eduweb.com.br/elearning_tecnologia.asp).

Amadeus O Projeto Amadeus, como se informa no site, visa o desenvolvimento de um sistema de gestão da aprendizagem de segunda geração, baseado no conceito de *blended learning*. Foi projetado pelo Centro de Informática da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o enfoque de estímulo e interação do aprendizado pela ação. (<http://amadeus.cin.ufpe.br/index.html>).

Eureka Projeto de pesquisa do Laboratório de Mídias Interativas (LAMI), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), o Eureka informa ter o objetivo de promover educação e treinamento a distância por meio da Internet. Seu principal diferencial em relação às plataformas observadas é a utilização de áudio do texto escrito em todas as telas acessadas. O fato o enquadra em uma acessibilidade parcial ao deficiente visual, que pode ouvir o texto. (<http://eureka.pucpr.br/entrada/index.php>).

E-Proinfo é um software público, desenvolvido pela Secretaria de Educação a Distância (SEED), do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e licenciado por meio da *General Public License* (GPL). Oferece projetos colaborativos e outras ferramentas, como tira-dúvidas, agenda, diário, biblioteca, aviso, correio eletrônico e *chat*. (<http://eproinfo.mec.gov.br/>).

OTICS Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde, o OTICS, é uma parceria do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fiocruz, com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para pesquisar, desenvolver e disponibilizar soluções metodológicas e tecnológicas que contribuam para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o SUS, por meio do apoio à gestão e ao ensino na saúde. (<http://www.otics.org/>).

Moodle Software livre de apoio à aprendizagem, desenvolvido em *php* e com banco de dados *MySQL*, *PostgreSQL*, *Oracle*, *Access*, *Interbase*, através da colaboração da comunidade virtual. Foi concebido pelo educador e informático Martin Dougiamas, baseando-se nos princípios do “construtivismo social”. Distribui-se sob licença *Open Source*: é livre para carregar, usar, modificar e até mesmo distribuir sob condição da GPL (*General Public License*), a licença para software livre. (<http://moodle.org/login/index.php>).

A seguir serão elaboradas considerações sobre a plataforma Moodle utilizada no curso de Especialização em Saúde da Família/UNASUS/UNIFESP.

A plataforma Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning), é um sistema modular de ensino a distância orientado a objetos segundo Teodoro e Rocha (2007), o Moodle é um “sistema para gerenciamento de cursos destinado a auxiliar educadores na implantação de cursos em um ambiente virtual”. Para Nakamura (2008), é “sistema de gerenciamento de aprendizagem em trabalho colaborativo”, um software livre, de apoio à aprendizagem, executado num ambiente virtual de gestão da aprendizagem, acessível através da Internet tendo como base a pedagogia sócio-construtivista.

Segundo Teodoro e Rocha (2007), o conceito do Construtivismo Social na qual o Moodle está baseado e desenhado.

O construtivismo afirma que a aprendizagem é especialmente efetiva quando se realiza tendo em vista a partilha com outros. Essa experiência pode ser, por exemplo, uma frase pronunciada; uma mensagem na internet ou elementos mais complexos como uma pintura, uma casa ou uma aplicação informática. O conceito de construtivismo social amplia as ideias expostas e as direciona a um grupo social que constrói a sua aprendizagem conjuntamente, criando em colaboração uma cultura de partilha de conteúdos e significados. Quando nos submergimos em uma cultura com essa, vamos entender continuamente com ser uma parte desta cultura em muitos níveis (Teodoro; Rocha, 2007).

O Moodle é uma plataforma de aprendizagem onde os cursos são elaborados e construídos, assim os participantes desempenham diferentes funções assumindo diferentes atividades e competências: o “Administrador” tem acesso total a todas as funcionalidades e configurações do Moodle; o “Professor” é aquele a quem compete ministrar o curso, incluir materiais, prestar assessoria aos estudantes, alterar atividades liberar o material no tempo adequado e avaliar o desempenho; o “Tutor” tem uma atuação restrita, não pode alterar atividade, mas pode compartilhar informações, ensinar e avaliar os alunos; os “Alunos” têm acesso ao conteúdo das atividades, pode interagir com o professor, tutor e demais alunos, pode incluir textos,

mas não pode alterar atividade; o “Convidado” tem menor privilégio, pode visualizar os conteúdos, mas não pode realizar as atividades, nem realizar interação com os outros membros no ambiente (Moodle, 2014).

Uma das principais funções do Moodle é a possibilidade de criação de grupos assim em um curso com muitos alunos é possível a estratificação dos mesmos podendo assim propor atividades distintas para os pequenos grupos mesmo com um número grande de alunos. O Fórum é umas das mais importantes no AVA, pois permite a discussão o compartilhamento de informação a postagem de material, possibilitando assim a construção coletiva do curso como também o aprofundamento dos conteúdos e temas abordados, podem ser abertos fóruns por grupos de alunos como também fóruns restritos para tutores e professores.

Outras ferramentas disponíveis para a socialização dos conteúdos é o Chat, que é uma atividade em que os alunos e tutores estão conectados sincronicamente online e escrevem sobre temas e aprofunda as discussões a Webconferência, além do espaço de discussão poder ser realizado de forma escrita, também é realizado através de vídeo onde todos os membros se reúnem como uma sala de aula virtual, o Moodle permite que os registros sejam gravados.

A avaliação na Plataforma Moodle apresenta muitas possibilidades de avaliação e de auto-avaliação possibilitando que o aluno faça uma reflexão do seu processo de aprendizagem, na plataforma também há possibilidade de questionário com respostas de múltipla escolha, verdadeiro e falso, respostas descritivas, textos que podem ser postados e auto-avaliados pelo aluno ou por outros alunos, o professor também pode inserir escala de pesos nas respostas, assim os questionários são corrigidos automaticamente pelo sistema, também possibilita que o aluno possa responder mais de uma vez os inquéritos.

Sant’anna et al. (1988), ressaltam que os objetivos da aprendizagem podem ser alcançados em períodos mais amplos ou curtos dependendo de sua complexidade, ressalta ainda os domínios e competências que o aluno deve desenvolver como o conhecimento e as habilidades intelectuais que estão no campo cognitivo, os objetivos relacionados aos interesses, atitudes, valores e apreciações

que refere-se ao campo afetivo, e o desenvolvimento de habilidades motoras, físicas e psicológica, colocando em prática e operando os conhecimentos adquiridos estão relacionados ao campo psicomotor do processo de aprendizagem do aluno.

2.2.6 Os diferentes atores no processo EAD.

A proposta de formação em serviço tem o objetivo de capacitar os profissionais nos desafios da gestão dos processos de trabalho em um cenário dinâmico com a influência de múltiplas variáveis, com a utilização de novas tecnologias principalmente a utilização da internet, torna-se mais frequente o uso de cursos empregando a Educação à Distância – EAD.

Os cursos em AVA utilizam uma equipe multidisciplinar para realizar o planejamento e execução dos cursos. A composição dessa equipe poderá variar considerando a oferta de cursos, a especificidade e o nível de conteúdos os vários sujeitos e suas principais atribuições são:

Coordenador do Curso – professor com formação na área específica do curso, pelo gerenciamento do qual é responsável geral.

Coordenador de Tutoria – profissional com formação em área específica do curso. Tem a função de apoiar a coordenação de curso com relação à comunicação e interação com os tutores presenciais e a distância.

Pedagogo – profissional formado em pedagogia ou pós-graduado na área pedagógica. Auxilia no acompanhamento pedagógico do curso.

Designer Educacional – professor em área específica do curso ou na área de Educação. Tem a função de garantir que o material didático tenha uma interface de comunicação adequada ao projeto pedagógico do curso.

Professor Conteudista – professor com formação em área específica relacionada ao curso e/ou componente curricular. É responsável por planejar e gerenciar todo o processo de desenvolvimento da aprendizagem no componente curricular de sua responsabilidade.

Professor Especialista – professor com formação em área específica relacionada ao curso e/ou componente curricular específico. Responsável por planejar e gerenciar todo o processo de desenvolvimento da aprendizagem no componente curricular de sua responsabilidade.

Professor-Tutor a Distância – profissional com formação em área específica relacionada ao curso e/ou componente curricular. Faz a mediação da aprendizagem do aluno por meio do ambiente virtual de aprendizagem.

Professor-Tutor Presencial – profissional com formação em área específica relacionada ao curso e/ou componente curricular. Responsável pela orientação e acompanhamento dos alunos no polo de apoio presencial.

A atuação dos profissionais em EaD apresenta características diferenciadas e específicas quanto ao seu fazer pedagógico, pois cada um em sua especificidade será um incentivador dos estudantes na busca pelo conhecimento. A responsabilidade de cada profissional relaciona-se com o pesquisar, planejar e aperfeiçoar as metodologias utilizadas na EaD.

Assim sendo, nos cursos de educação a distância surge um novo profissional neste contexto de formação, o tutor, portanto há um novo desafio com o ambiente de aprendizagem é a distância, devendo ocorrer uma profunda mudança de paradigmas na estrutura didático pedagógica. Neste contexto, o tutor assume um papel de relevância em função de ser um protagonista da ação de educação.

Segundo Leal (2005), o tutor é um profissional com competências tecnológicas e possibilitar a educação sem espaços virtuais de forma criativa e comprometida com a construção coletiva, possibilitando uma prática de educação transformadora, articulado com o diálogo e com as orientações que gerem reflexões sobre a unidade do saber, a totalidade do conhecimento e a capacitação do sujeito

aprendente criar e gerar conhecimento, entender o espaço virtual bem como as novas tecnologias de comunicação e informação motivando os alunos no processo de aprendizagem compartilhada.

O papel do tutor transcende questões técnicas, possibilitando o aprofundamento pedagógico com a utilização de ferramentas de tecnologia como suporte dos processos educacionais a distância com ações síncronas e assíncronas com o objetivo de selecionar conteúdos, discutir as estratégias de aprendizagem, problematiza os conhecimentos, inovar na condução de conteúdos acadêmicos possibilitando novas metodologias de aproximação e apropriação dos temas abordados, tendo disponíveis ferramentas que possibilitam o contato constante com os alunos.

Devido ao fato de ter um contato de longo prazo com os alunos, o ensino em ambiente virtual possibilita pactuações permanentes nas organizações didáticas permitindo assim um processo de formação democrático e voltado para suprir as carências com sensibilidade da dosagem da velocidade de cada indivíduo e do grupo como um todo, pois segundo Leal (2005), que a ação do “tutor procura desvelar as subjetividades presentes na construção de saberes dos sujeitos envolvidos”

O desafio de conhecer e aplicar novas tecnologias e adquirir competências e habilidades nos conteúdos nas metodologias e a operacionalização de ferramentas tecnológicas, possibilita que os alunos reflitam sobre suas práticas e as vivências, compartilhando no curso situações reais vividas aninhando com situações de aprendizagem. Este modelo tem um potencial dinâmico que garante uma qualidade no processo de trabalho e uma congruência nos elementos de aprendizagem como a organização didática e metodológica com conhecimento específico e a abordagem do contexto de inserção dos conteúdos.

Sá (1998), apresenta no quadro abaixo um comparativo do ensino a distância e o ensino presencial com os distintos ambientes de aprendizagem ressaltando a função do professor e o tutor na Educação Presencial e na Educação a Distância.

EDUCAÇÃO PRESENCIAL	EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
Conduzida pelo Professor	Acompanhada pelo tutor
Predomínio de exposições o tempo inteiro	Atendimento ao aluno, em consultas individualizadas ou em grupo, em situações em que o tutor mais ouve do que fala
Processo centrado no professor	Processo centrado no aluno
Processo como fonte central de informação	Diversificadas fontes de informações (material impresso e multimeios)
Convivência, em um mesmo ambiente físico, de professores e alunos, o tempo inteiro	Interatividade entre aluno e tutor, sob outras formas, não descartada a ocasião para os “momentos presenciais”
Ritmo de processo ditado pelo professor	Ritmo determinado pelo aluno dentro de seus próprios parâmetros
Contato face a face entre professor e aluno	Múltiplas formas de contato, incluída a ocasional face a face
Elaboração, controle e correção das avaliações pelo professor	Avaliação de acordo com parâmetros definidos, em comum acordo, pelo tutor e pelo aluno
Atendimento, pelo professor, nos rígidos horários de orientação e sala de aula	Atendimento pelo tutor, com flexíveis horários, lugares distintos e meios diversos

Fonte Sá, 1998.

Quadro 2.3 – Paralelo entre as Funções do Professor e do Tutor

Segundo Leal (2005), o papel do tutor em processo de aprendizagem na educação do ensino a distância evita que o tutor reproduza um saber fragmentado em “*lotes de conhecimentos*” possibilitando que este tenha:

Uma compreensão da prática educativa em que seus elementos fundamentais se inspirem numa concepção do belo, da unicidade, da estética, das possibilidades circunscritas na relação educador – educando baseada no diálogo, no encontro com o outro (Leal, 2005)

Embora o curso se estabeleça em ambientes onde o tutor está em outro espaço físico que os alunos isto não é o mesmo que dizer que ele não está próximo dos mesmos, as novas tecnologias síncronas e assíncronas permitem que o tutor possa estabelecer e fortalecer vínculos e aplicação de metodologias que possibilitem o relato de experiências, orientação de leituras paralelas, pesquisas, compartilhamentos dos conteúdos e estratégias de ensino, os alunos estabelecem a força e a velocidade a profundidade das discussões nos “fóruns” uma vez que são

espaços de reflexão, trocas de experiências e vivências, onde os temas debatidos possibilitam a construção do conhecimento.

O Tutor no desenvolvimento de suas atividades tem como principal objetivo o de auxiliar os alunos a estabelecer sua autonomia no intuito de estabelecer metas, organizar o tempo, orientando o que fazer, como, quando e porque, buscando despertar a curiosidade intelectual e originalidade das respostas. O tutor tem como tarefa, organizar os conteúdos de aprendizagem para facilitar a interação com as matérias, assim este tem que conhecer as características do grupo e dos membros, com o intuito de fortalecer as relações de trabalho, tendo uma visão das afinidades de conteúdo, das experiências de trabalho dos interesses das expectativas e de como navegam pelo ambiente de aprendizagem, este aprofundamento no conhecimento facilita organizar situações de aprendizagem e o uso de estratégia pedagógicas, fazendo o uso de múltiplos recursos tecnológicos, possibilitando intervenções educativas concretas, além de buscar um trabalho colaborativo construindo um território favorável que possibilita discussões reflexivas e aprofundamento dos conteúdos trabalhados.

Segundo Alves (2011), os professores acadêmicos formais quando se deparam nos ambientes de EAD “*tendem a reproduzir suas práticas como se estivessem em sala de aula convencional, esquecendo das peculiaridades desses ambientes*” assim sendo, a característica do tutor segundo Almeida (2003), é o de atuar como mediador, facilitador, incentivador, investigador do conhecimento, e uma articulação de momentos de aprendizagem individual e grupal. Para Lévy (2010), o tutor possibilita uma reflexão sobre a interação das novas linguagens e instrumentos de mediação tecnológicos e pedagógicos.

O Tutor tem que agregar qualidades de educador e segundo Niskier (2000), este participa da produção de matérias, seleciona meios mais adequados para comunicação, é um pedagogo e comunicador, é fundamental no processo de avaliação dos alunos e dos conteúdos e dos métodos aperfeiçoando continuamente. Para Sá (1998), o tutor proporciona e estimula no educando o desenvolvimento da “*aprendizagem autônoma*”, pois possibilita que o aluno busque pelo material, a partir de atividades, questionamentos e leituras complementares.

Para Machado e Machado (2004), o tutor tem a possibilidade de interferir na aprendizagem fazendo o acompanhamento necessário é com maior rapidez possível, corrigindo falhas, efetivando assim a interação pedagógica, evitando um dos maiores problemas nos cursos a distância, a evasão dos alunos durante o curso, assim o tutor desempenha uma tripla função orientação, docência e avaliação.

Os cursos disponibilizados em EAD são voltados para adultos e na maioria destes para adultos trabalhadores, os conceitos e preceitos pedagógicos foram estruturados a partir da educação de crianças e da sua estruturação e capacidade cognitiva em desenvolvimento na década de 70 Knowles (1980). Andragogia palavra grega (*andros* = adultos *agogôs* = educação) é uma ciência que estuda a educação de adultos que buscam a finalidades de uma aprendizagem efetiva para o conhecimento de desenvolver suas habilidades Knowles (1980), argumenta que o processo de aprendizagem com adultos deve-se estabelecer em ambientes informais, confortáveis, flexíveis e seguros.

A teoria andragógica consiste em direcionar os esforços de ensino para proporciona educação de adultos, pois estes, a partir de seu amadurecimento passam a ser responsáveis pela própria vida e a decisão, sendo o papel do tutor neste processo a de um facilitador de aprendizagem, a andragogia se baseia em seis princípios fundamentais (Knowles, 1980).

Necessidade: o adulto precisa saber porque necessita aprender algo;

Autoconhecimento: o adulto precisa entender como pode ser independente e aluno ao mesmo tempo. Por serem responsáveis pela sua vida, têm dificuldade em que outros lhe digam o que fazer;

Experiências: os adultos têm uma bagagem muito maior e mais variada de experiências, que acabam sendo base de seu aprendizado, mas também podem acarretar em preconceitos e hábitos mentais que dificultam a aprendizagem;

Prontidão: os adultos têm prontidão de aprender as coisas que precisam saber para enfrentar as situações da vida real;

Orientação: a orientação da aprendizagem dos adultos é focada na vida diária nos problemas vivenciais;

Motivação: os adultos respondem melhor aos fatores motivacionais internos como o desejo de ter maior satisfação no trabalho, autoestima e qualidade de vida, do que aos fatores motivacionais externos como melhores empregos, promoções e salários mais altos (Knowles, 1980).

A educação de adultos fundamenta-se principalmente em processos de aprendizagem que envolve dois componentes a utilidade e a praticidade, ou seja, este adulto se dispõe a aprender quando compreende a utilidade do aprendizado, e a este está associado a resolução de problemas cotidianos vinculados a vida e a atividade que desempenham, estabelecendo assim uma forte conexão com a prática e a vida real, pois a experiência é um fator motivador para o processo de aprendizagem.

O Termo tutor (do latim “*protector*”) este conceito está presente no ambiente universitário e em escolar, sendo uma figura próxima dos alunos que ajuda na identificação e resolução de problemas, sem estar envolvido diretamente nos processos educacionais e pedagógicos, figurando mais como um conselheiro. Em Ambientes Virtuais de Aprendizagem o papel do tutor adquire um ressignificado, pois segundo Sá (1998), ele tem papel fundamental como orientador acadêmico que desempenha um elo que aproxima os alunos com os conteúdos programáticos e a estrutura do curso, possibilitando a aplicação do termo “ensinar a aprender” por ser um elemento chave no acompanhamento do trabalho pedagógico e desenvolvimento das atividades individuais e coletivas, por utilizar ferramentas e metodologias que propiciam o saber plural e o debate dos conteúdos com os alunos.

O tutor possibilita que o aluno tenha um papel central no processo de ensino aprendizagem, com a utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), sustentado por ferramentas e metodologias, tem como objetivo criar novas possibilidades no processo de aprendizagem, ampliando os espaços de comunicação e interações coletivas, visando a construção reflexiva do conhecimento. Os espaços de trocas oportunizam novos pontos de vistas e a construção de novos conhecimentos, pois permite trabalhar com conteúdo amplos, ancorados nas vivências e na busca de conhecimentos inovadores.

Neste contexto, a prática da tutoria permite ampliar a capacidade crítica reflexiva; construir, desconstruir e sistematizar o conhecimento, integrar teoria e prática, empoderando o aluno para um novo cenário de práticas. Portanto, o tutor tem o fundamental papel de mediar coletivos, orientar conteúdos e facilitar o processo ensino aprendizagem.

2.3 REDES PARA A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.3.1 Universidade Aberta do Brasil – UAB

O Sistema da Universidade Aberta do Brasil – UAB, foi criado por meio do Decreto 5.800, de 08 de junho de 2006. Os primeiros cursos executados, no âmbito do Sistema UAB é integrado por instituições públicas que oferecem cursos de nível superior, por meio do uso da metodologia da educação a distância com a formação de dirigentes, gestores e trabalhadores da área de Educação Básica dos Estados e municípios (Brasil, 2006d). De acordo com o Decreto 5.800, são objetivos do Sistema UAB:

- I - Oferecer, prioritariamente, cursos de licenciatura e de formação inicial e continuada para professores da educação básica;
- II - Oferecer cursos superiores para capacitação de dirigentes, gestores e trabalhadores da área de educação básica dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- III - Oferecer cursos superiores nas diferentes áreas do conhecimento;
- IV - Ampliar o acesso à educação superior pública;
- V - Reduzir as desigualdades de oferta de ensino superior entre as diferentes regiões do país;
- VI - Estabelecer amplo sistema nacional de educação superior a distância;
- VII - Fomentar o desenvolvimento institucional para a modalidade de educação a distância, bem como a pesquisa em metodologias inovadoras de ensino superior apoiadas em tecnologias de informação e comunicação (Brasil, 2006d).

Uma das propostas da Universidade Aberta do Brasil (UAB) é formar professores e outros profissionais de educação nas áreas da diversidade. O objetivo é a disseminação e o desenvolvimento de metodologias educacionais de inserção dos temas de áreas como educação de jovens e adultos, educação ambiental, educação patrimonial, educação para os direitos humanos, educação das relações étnico-raciais, de gênero e orientação sexual e temas da atualidade no cotidiano das práticas das redes de ensino pública e privada de educação básica no Brasil (Brasil, 2006d).

O programa busca ampliar e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior, por meio da educação a distância. A prioridade é oferecer formação inicial a professores em efetivo exercício na educação básica pública, porém ainda sem graduação, além de formação continuada àqueles já graduados. Também pretende ofertar cursos a dirigentes, gestores e outros profissionais da educação básica da rede pública (Brasil, 2006d).

Outro objetivo do programa é reduzir as desigualdades na oferta de ensino superior e desenvolver um amplo sistema nacional de educação superior a distância. Há polos de apoio para o desenvolvimento de atividades pedagógicas presenciais, em que os alunos entram em contato com tutores e professores e têm acesso à biblioteca e laboratórios de informática (Brasil, 2006d).

2.3.2 TELESSAÚDE

O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação.

A implementação do Programa se inicia em 2007 com o Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com a meta de qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional e alcançar os seguintes objetivos:

- Melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção;
- Expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos;
- Fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso;
- Melhor agilidade no atendimento prestado;

Otimização dos recursos dentro do sistema como um todo, beneficiando, dessa forma, aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS (Brasil, 2007c).

Em 2007 a Portaria nº 35/GM/MS de 4 de janeiro de 2007 institui no Ministério da Saúde o Programa Telessaúde Brasil, como uma ação do Programa “MAIS SAÚDE” (Brasil, 2007c).

Em 2010 a Portaria nº 402/GM/MS de 24 de fevereiro de 2010 revoga a Portaria nº 35 GM/MS e institui em âmbito nacional (Brasil, 2010a) o Programa Telessaúde Brasil com o objetivo de qualificar, ampliar a resolutividade e fortalecer a “Estratégia de Saúde da Família”, a partir da oferta de denominada Segunda Opinião Formativa e outras ações educacionais dirigidas a diversos profissionais destas equipes, sendo a Portaria 402 foi revogada pela Portaria 2546 de 27 de outubro de 2011 que Redefine e Amplia o Programa Telessaúde Brasil que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Brasil, 2011).

O Telessaúde Brasil Redes disponibiliza aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços:

Teleconsultoria – é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência) ou assíncrona (por meio de mensagens off-line);

Telediagnóstico – é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

Tele-educação – conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação; e

Segunda Opinião Formativa – é uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS (Brasil 2011).

As Teleconsultorias, os Telediagnósticos, as Segundas Opiniões Formativas e as ações de Tele-educação demandadas pelos profissionais de saúde do SUS

poderão ser elaborados e respondidos por Teleconsultores a partir de qualquer Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde.

2.3.3 Comunidades de Prática

O Brasil é um país de dimensões continentais, e com uma variabilidade imensa de culturas, territórios e desafios. Não é diferente na nossa Atenção Básica à Saúde, múltipla e plural. Em cada canto do país, equipes de trabalhadores e gestores desenvolvem, de maneira singular, esse trabalho de saúde mais próximo ao cidadão, às suas necessidades e às características de cada território. Se, por um lado, essa amplitude de possibilidades constitui um patrimônio do SUS, por outro, torna-se necessário um espaço que torne possível que esses gestores e trabalhadores possam se encontrar, compartilhar experiências e constituir uma rede colaborativa voltada para a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção à saúde prestada à população.

A Comunidade de Práticas se propõe a ser esse espaço vivo, dinâmico, com efetivo valor de uso para o SUS. O projeto consiste de um conjunto de estratégias articuladas em torno de uma proposta principal: a oferta de uma plataforma virtual que possibilite a constituição de comunidades virtuais entre os trabalhadores e gestores da atenção básica das três esferas de governo. A aposta no espaço virtual se dá pela necessidade de superar as barreiras da distância e do isolamento, utilizando as ferramentas da Web 2.0 para potencializar o encontro entre as pessoas que constroem o cotidiano da atenção básica brasileira. A partir do compartilhamento de experiências, discussões de casos, fóruns temáticos, pretende-se construir um espaço que acolha a gestão e o trabalho em saúde e que, a partir desses encontros, possa fortalecer e ampliar a qualidade dos serviços de saúde prestados, são ações e iniciativas desenvolvida pelo DAB (Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde – DAB/SAS/MS) em parceria com o IASIN (Instituto da Atenção Social Integrada).

Criada há 2 anos, a Comunidade de Práticas é um espaço online onde gestores e trabalhadores da saúde se encontram para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho. Esses atores formam, assim, uma rede colaborativa, hoje com mais de 30 mil inscritos, voltada para a melhoria das condições de cuidado à saúde da população. A ideia surgiu com inspiração nas próprias dimensões continentais do Brasil e nas equipes de trabalhadores e gestores, de diversas regiões, que desenvolvem maneiras específicas de organização e jeitos singulares de cuidar das necessidades de saúde dos cidadãos com os quais se relacionam (Brasil, 2014a).

Ao dividir uma vivência, o participante desta rede pode inspirar outros trabalhadores, seja seu relato reflexo de um enfrentamento com resultados positivos ou não, isto, porque dificuldades e grandes desafios também revelam, de forma importante, outros caminhos e alternativas a serem seguidos, o espaço é de encontro e aprendizado mútuo, reconhecendo que cada trabalhador tem algo a ensinar e a aprender, a troca pode acontecer no espaço para inserção de relatos de experiências; nas comunidades criadas pelos participantes; nos cursos gratuitos online, além de também acontecer no chat disponível na plataforma (Brasil, 2014a).

A aposta no espaço virtual se dá pela necessidade de superar as barreiras da distância e do isolamento com o uso das ferramentas da Web 2.0. De maneira progressiva, serão agregadas novas funcionalidades ao site, sempre com o objetivo de aprimorar a experiência de navegação dos usuários da Comunidade.

Ela é a única no Brasil a potencializar o encontro entre as pessoas que constroem o cotidiano da atenção básica brasileira, especialmente através da troca. E é nela que apostamos.

2.3.4 Saúde Baseada em Evidências

Criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), o Portal Saúde Baseada em Evidências reitera o compromisso do governo brasileiro de aprimorar o exercício dos trabalhadores da saúde democratizando as condições de acesso, nas suas áreas de atuação, a conteúdos cientificamente fundamentados na perspectiva de melhor atender à população (Brasil, 2014b).

O objetivo é fornecer acesso rápido ao conhecimento científico por meio de publicações atuais e sistematicamente revisadas. As informações, providas de evidências científicas, são utilizadas para apoiar a prática clínica, como também a tomada de decisão para a gestão em saúde e qualificação do cuidado, auxiliando assim os profissionais da saúde.

Os conteúdos estão disponíveis para os profissionais de saúde vinculados ao respectivo Conselho Profissional. Terão acesso à pesquisa os profissionais das áreas de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (Brasil, 2014b).

2.3.5 Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS

A criação da Universidade Aberta do SUS teve como marco de sustentação Legal a Portaria GM 1.325 de 28 de maio de 2010 (Brasil, 2010b), foi um instrumento da institucionalização da UNA-SUS e criação do Colegiado Institucional e uma Secretaria Executiva com integrantes o Ministério da Saúde, Fiocruz e OPAS. Um aspecto fundamental é o envolvimento da universidade e outras instituições com a finalidade de consolidar uma base normativa e organizacional da implantação e continuidade do projeto de formação.

O UNA-SUS estruturou-se matricialmente a partir de eixos de atuação com a finalidade de assegurar a articulação em rede das etapas de diagnóstico, planejamento, produção e oferta de oportunidades educacionais, contemplando três grupos: os profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família; os Gestores e Gerentes do SUS e os demais profissionais da atenção a saúde das três esferas de organização do SUS. Essa rede funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional, cooperação para desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. A rede UNA-SUS apresenta os seguintes objetivos (Brasil, 2010b):

1. Criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para área da saúde;
2. Promover a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde;
3. Oferecer apoio presencial aos processos de aprendizagem em saúde, e
4. Disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e a distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS. (Brasil, 2010b)

Essa rede tem os seguintes princípios:

1. O conhecimento é entendido como um bem público, que deve circular sem restrições e ser livremente adaptado aos diferentes contextos;
2. A educação permanente é entendida como a aprendizagem no trabalho ao longo de toda a vida, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações;
3. É uma universidade aberta, ou seja, os estudantes têm liberdade de escolher suas oportunidades de aprendizagem e de determinar o ritmo e o estilo de seus estudos;
4. É centrada na aprendizagem, implicando no uso de metodologias ativas e problematizadoras, que incentivem a busca por soluções aos desafios apresentados pela realidade de cada estudante;
5. Sua gestão é um processo de trabalho em rede, operando de forma descentralizada para a construção cooperativa de métodos, conhecimentos e ferramentas de aprendizagem em saúde;
6. Busca se basear em padrões internacionais abertos, garantindo a interoperabilidade e granularidade e permitindo, portanto, a máxima visibilidade da contribuição de cada um;
7. As oportunidades de aprendizagem serão permanentemente avaliadas, visando a garantia de sua qualidade, e
8. O planejamento da formação é baseado em necessidades de saúde, organizando as oportunidades de aprendizagem de acordos com as orientações do SUS (Brasil, 2010b).

Segundo o Ministério da Saúde a UNA-SUS é uma estratégia baseada numa rede colaborativa de instituições educacionais e de saúde, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS, utilizando a educação a

distância, com ações educacionais mediadas por tecnologias interativas, compartilhamento de recursos educacionais e apoio tutorial ao processo de aprendizagem em saúde (Brasil, 2010b).

2.3.6 UNA-SUS / UNIFESP

O Curso de Especialização em Saúde da Família é organizado pela Universidade Federal de São Paulo, e sua segunda oferta ocorreu em novembro de 2011, sendo destinado a profissionais de nível superior (Médicos, Enfermeiras e Cirurgiões Dentistas), que atuam na Atenção Primária da Saúde do Estado de São Paulo. Teve como principal objetivo a formação em uma prática em saúde integrativa, voltada a aperfeiçoar o atendimento de saúde frente às demandas da população.

A organização estrutural do curso está dividida em 4 módulos: Ambientação, Unidades de Conteúdo, Unidade de Caso Complexo e Metodologia da Pesquisa Científica (Orientação de TCC) (Anexo B). O Ambiente Virtual de Aprendizagem para desenvolver as atividades é a plataforma Moodle.

Ambientação tem como objetivo a interação do grupo de alunos com o tutor, a possibilidade de navegar no AVA possibilita praticar com as ferramentas e os recursos disponibilizados no Moodle que foram utilizados ao longo do curso.

Nas Unidades de Conteúdo, os alunos tiveram a possibilidade de entender melhor o histórico e princípios do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde, o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, a organização das ações da Equipe de Saúde na Estratégia Saúde da Família, nestes módulos além de um texto base, um fórum onde as discussões sobre os temas se estabelecem, aprofundando o conteúdo, com o compartilhamento das experiências e ao final os alunos respondem a uma avaliação na forma de questionário com testes de múltipla escolha.

Nas Unidades de Casos Complexos está baseado a aproximação do arcabouço teórico de um cenário de prática, em um município fictício com seus

territórios, sua população e as unidades de Estratégia de Saúde da Família. Este cenário com suas peculiaridades geográfica, social, econômica, demográfica das famílias e dramas reproduz situações de saúde que muitas equipes de defrontam em seu dia a dia a organização da unidade tem como elementos a descrição do caso, os temas abordados, a fundamentação teórica, a contextualização do caso com aprofundamento dos temas a publicação de material complementar, todos estes temas abordados são compartilhados e discutidos no fórum.

O Módulo de Metodologia de Pesquisa Científica, tem por finalidade subsidiar e orientar o desenvolvimento e elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), também fornece sugestões relevantes para capacitação profissional, favorecendo a aquisição rápida de informação científica atual e fidedigna, necessária para a tomada de decisão segura, consciente e responsável.

O Processo de avaliação se estabelece de forma continuada, através dos questionários nas unidades de conteúdo, da frequência e contribuição na participação dos fóruns, participação em fóruns avaliativos, participação em duas avaliações na plataforma, avaliação presencial, entrega do TCC na forma de artigo e apresentação formal para uma banca de examinadores.

A photograph of a long suspension bridge with wooden planks and metal railings, stretching into a dense green forest. The bridge is the central focus, leading the eye from the bottom towards the top of the frame.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação reflexão.”

Paulo Freire

PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

A proposta do presente estudo foi conhecer e explicar a vivência dos alunos da Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP - 2º oferta do município de Amparo - 2011/2012, no processo de ensino-aprendizagem através do ensino a distância e avaliar o impacto desta capacitação no trabalho em equipe e organização dos serviços. Através de modelo de pesquisa qualitativa buscar-se-á estabelecer a percepção dos alunos com relação à metodologia, técnica, estratégias de aprendizagem e impactos sobre o serviço de saúde.

Eixos estruturantes:

- 1- Quais estratégias metodológicas são utilizadas e qual a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta?
- 2- Será que o ensino a distância mediado por tecnologia utilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP agregou mudanças para a prática profissional?
- 3- Quais possibilidades e desafios na implantação/implementação do trabalho em equipe e transformação das práticas e organização dos serviços?

*“Através dos outros, nos
tornamos nós mesmos”.*

Lev Vygotsky

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 PÚBLICO ALVO

Em 2010 a Universidade Aberta do SUS em parceria com a UNIFESP propiciou oportunidades de capacitação em serviço para Profissionais de Nível Universitário Médicos, Dentistas e Enfermeiros que desempenhavam atividades nas Equipes de Estratégia da Saúde da Família no Estado de São Paulo. Sendo o foco da pesquisa os profissionais (médicos, dentistas e enfermeiros) que desempenham suas atividades no município de Amparo, e foram formados como especialistas em Saúde da Família pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/ UNIFESP, 2012.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE AMPARO

Amparo formou-se no final do século 18, próximo ao cruzamento entre dois caminhos, um que da região de Campinas dirigia-se ao Sul de Minas, outro que, de Atibaia, dirigia-se aos Moji, o Mirim e o Guassú. Em 1829, elevada à Capela Curada. Desde esses primeiros tempos o povoado era conhecido como Capela de Nossa Senhora do Amparo. Foi a partir da elevação à Freguesia em 1839, em 14 de março de 1857 e depois a Vila, separando-se de Bragança em 1865, quando passou à categoria de Cidade (Amparo, 2014).

Amparo é um dos 11 municípios paulistas considerados estâncias hidrominerais pelo Estado de São Paulo, localizado na Microrregião de Campinas e Bragança Paulista. Distanciando-se de São Paulo de 125 km, com acesso direto pela rodovia dos Bandeirantes (SP 348) ao município de São Paulo. Os Limites da Cidade são: norte – Serra Negra e Itapira; sul – Morungaba; leste – Monte Alegre do Sul e

Tuiuti e oeste – Pedreira, Santo Antônio de Posse e Jaguariúna é conhecida como “A Flor da Montanha”, devido a sua posição geográfica. A cidade vista do alto, tinha a forma de uma flor (Amparo, 2014).

O sistema Municipal de Saúde possui 14 unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família. Um Pronto Socorro conveniado à Santa Casa. Hospitais conveniados: Santa Casa de Amparo, Beneficência Portuguesa e Hospital Psiquiátrico- Hospital Fazenda Palmeiras.

Fonte: (Amparo, 2014).

Figura 4.1 – Localização do município de Amparo em relação ao Estado de São Paulo e Brasil

Fonte: (Amparo, 2014).

Figura 4.2 – Localização da malha rodoviária no município de Amparo em relação a capital e municípios próximos

Amparo possui um território com área de 445,55 km², com uma população de 67.486 habitantes estimado para 2014, e uma densidade demográfica de 151,47 hab/km² sendo 51,1% de mulheres e 48,9% de homens, com uma taxa de urbanização de 81,7%. O grupo etário de crianças menores de 15 anos compõem 17,26% da população, e com mais de 60 anos representam 15,64% (IBGE, 2014).

A taxa de mortalidade infantil em 2012 foi de 8,78 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, a renda per capita é de R\$ 816,69 sendo que 2,80% dos domicílios tem renda per capita de até ¼ de salário mínimo por habitante, e 10,48 tem ½ salário mínimo / habitante. O IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 foi de 0,785. A taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais é de 4,70% em 2010 e com 57,23% da população de 18 a 24 anos com ensino médio completo (IBGE, 2014).

Em relação ao abastecimento de água 93,95% da população é atendida, o esgotamento sanitário atende 89,47% e a coleta de lixo atende 99,85% segundo dados do IBGE (2014).

4.3 COMITÊ DE ÉTICA

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), seguindo as diretrizes nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Sendo aprovado no Comitê de Ética da FOU SP sob n 401.785 em 20/09/2013 (Anexo D).

4.4 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Foi utilizada a Plataforma Moodle do Núcleo de Teleodontologia da FOU SP, sendo criada uma página especial para a participação dos envolvidos na pesquisa. As estratégias para a interação dos componentes do estudo foram webconferências, fóruns e encontros presenciais, foram atividades que permitiram a comunicação entre os participantes e o pesquisador de forma síncrona e assíncrona. Foram definidos grupos de 06 a 10 participantes sendo as webs estratificadas por eixos norteadores segundo o objeto de pesquisa. Utilizou-se fóruns para registro das impressões e para ativação da página Moodle. O espaço do MOODLE para Amparo está sediada no núcleo de Teleodontologia/Pós-Graduação/Ensino-Serviço, sendo disponibilizada para educação permanente dos profissionais de Amparo. Foram realizados três encontros: agosto/2013 (presencial); outubro/2013 (web) e outubro/2014 (presencial).

Uma das vantagens da utilização das webs é que a partir da definição da data e horário, os participantes acessam a atividade do grupo focal em múltiplos espaços e em tempo real, outra grande vantagem é que as participações ficam registradas na plataforma Moodle, não necessitando a participação de um relator ou gravação dos relatos. Sendo assim o pesquisador pode aprofundar-se nas análises e nos conteúdos abordados em vários e diferentes momentos. A grande ressalva desta estratégia é a questão da acessibilidade da rede de internet. Muitos municípios ainda apresentam dificuldades de conectividade interferindo na possibilidade de participação efetiva dos referidos grupos focais.

Em continuidade à pesquisa em 2014, a pesquisadora disponibilizou um espaço para o desenvolvimento de cursos no formato EAD/Plataforma Moodle Teleodontologia da FOU SP para o desenvolvimento de Educação Permanente no Município de Amparo. Os profissionais do grupo foram treinados e incentivados para uso e compartilhamento das informações e capacitações.

4.5 EIXOS ESTRUTURANTES:

1. Quais estratégias metodológicas são utilizadas e qual a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta?
2. Será que o ensino a distância mediado por tecnologia utilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP agregou mudanças para a prática profissional?
3. Quais possibilidades e desafios na implantação/implementação do trabalho em equipe e transformação das práticas e organização dos serviços?

As perguntas foram direcionadas a esclarecer, refletir e discutir questões pertinentes aos eixos que norteiam reflexões importantes no ensino a distância mediado por tecnologia. Foram abordadas questões relativas: metodologia empregada, utilização da ferramenta, socialização do processo, interdisciplinariedade, integralidade na abordagem dos conteúdos, efetivação do processo de ensino-aprendizagem na ótica do tutor e do aluno, possibilidades e desafios na implantação de estratégias transformadoras nos serviços.

As respostas foram classificadas segundo os eixos estabelecidos buscando contextualizar as narrativas dos atores pesquisados. Após análise e avaliação destas narrativas foram estabelecidas relações e sínteses inerentes ao processo de ensino a distância e das transformações nos serviços com base em uma metodologia qualitativa (Grupo Focal/Análise do Discurso e Pesquisa-Ação).

De acordo com Turato (2005), o método qualitativo tem suas raízes na fenomenologia, pois busca a compreensão da dinâmica do ser humano, partindo dos significados dos fenômenos vivenciados pelas pessoas. A metodologia qualitativa aplicada à saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado deste fenômeno no âmbito individual ou coletivo, pois este tem função estruturante para a vida das pessoas, uma vez que as mesmas organizam suas vidas a partir destes significados por elas atribuídos.

Para Minayo (2010), as metodologias qualitativas são as capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas. No intuito de interpretar os significados sejam estes de natureza psicológica ou sociocultural trazidos pelos indivíduos no que diz respeito aos múltiplos fenômenos inerentes ao campo saúde- doença.

Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas. Sua matéria prima é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar (Minayo, 2010).

Segundo Minayo (2012), a abordagem quantitativa é examinada mais no contexto de uma linguagem. Sem particularizar para o campo da Saúde Pública, procura-se evidenciar a evolução das idéias associadas a esta abordagem na descrição e interpretação de fenômenos biológicos de um modo geral *“portanto, não adentrando a complexidade inter e multidisciplinar da Saúde Pública”*. Na metodologia qualitativa é abordada procurando focar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a “fala” como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais. Finalmente, procura-se concluir que ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade. *“O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação”*, sendo que o método tem uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a *“própria alma do conteúdo”*, e significa o próprio *“caminho do pensamento”*.

Para Minayo e Sanches(1993), um trabalho de conhecimento social tem que atingir três dimensões: a simbólica, a histórica e a concreta. A dimensão simbólica contempla os significados dos sujeitos; a histórica privilegia o tempo consolidado do

espaço real e analítico; e a concreta refere-se às estruturas e aos atores sociais em relação.

Segundo Minayo (2010), para utilização de pesquisa de base qualitativa utilizando a ferramenta do grupo focal é necessário a construção de um roteiro para a realização da entrevista em grupo além de ter duas condições imprescindíveis: ser provocador para permitir o debate entusiasmado do participativo; e promover condições de aprofundamento. Necessitando assim de meios de aplicação: pergunta central (focalização) acompanhada de alguns itens ou temas para debates; direcionar perguntas ou inserção do pesquisador a partir das falas.

Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. O senso comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações de sua vida. Ele se constitui de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir. O senso comum se expressa na linguagem, nas atitudes e nas condutas e é a base do entendimento humano. Dado o seu caráter de expressão das experiências e vivências, o senso comum é o chão dos estudos qualitativos. A ação (humana e social) pode ser definida como o exercício dos indivíduos, dos grupos e das instituições para construir suas vidas e os artefatos culturais, a partir das condições que eles encontram na realidade. O conceito de ação está vinculado à noção de liberdade para agir e transformar o mundo que, não constitui um lugar e sim um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico (Minayo, 2012).

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido. Um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica (Minayo, 2012).

Os Grupos Focais devem ser delineados propiciando a exploração do campo, a escolha do local da pesquisa, o estabelecimento dos critérios de amostragens devem possibilitar a generalização dos conceitos teóricos e o aprofundamento dos conteúdos, o estabelecimento das estratégias de campo; entrevistas e observações, rede de relações, correção iniciais do instrumento de coleta de dados e cronograma, pois segundo Minayo (2010), os grupos devem ser pequenos e homogêneos de aproximadamente seis a quinze participantes visando assim o aprofundando e a interação dos participantes, para gerar nas discussões o consenso ou divergências frente aos temas abordados.

O método de pesquisa com Grupo Focal, apesar de ter sido criado e utilizado pelas Ciências Sociais, ficou à margem dessa ciência por vários anos, nesse período havia uma preferência, em pesquisas qualitativas da área, pela observação participante e pela entrevista semi-estruturada, contudo, essa técnica atraiu a atenção de pesquisadores da Antropologia Social, que a utilizam em estudos culturais e pesquisas em saúde (Kitzinger; Barbour, 1999). A partir do final da década de 80 o Grupo Focal começa ter ampliação dos trabalhos publicados, sendo aplicado para sistematizar a coleta de dados, em estudos diagnósticos de problemas educativos em saúde, e em estudos avaliativos de programas de saúde. *“Principalmente nessa área, ele vem sendo requisitado e amplamente utilizado como instrumento de avaliação e diagnóstico educativo”* (Kitzinger; Barbour, 1999).

O específico do grupo de discussão são as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados, difere por isso da observação que focaliza mais o comportamento e as relações, tem uma função complementar à observação participante e às entrevistas individuais. Do ponto de vista operacional, a discussão de grupo se faz em reuniões com um pequeno número informantes (seis a doze). Geralmente tem a presença de profissional que intervém, tentando focalizar e aprofundar a discussão, essa estratégia de coleta de dados é geralmente usada segundo Minayo (1999), para: *“focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções e desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares”*.

Assim a pesquisa qualitativa torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais e avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (Minayo, 1999).

Segundo Minayo (2005), a ótica qualitativa, é elaborada a partir das representações e práticas dos sujeitos envolvidos na investigação, enfatizando a necessidade de produção de indicadores de mudança que levem em conta *“estruturas, processos, relações e a contribuição da subjetividade, conclui-se que a validade interna”* dos indicadores é fundamentada teórica e contextualmente e possuem significados mútuos e partilhados entre os participantes.

A escolha de indicadores para avaliação deve ser feita em função dos aspectos que serão analisado, para medir ou acompanhar a eficiência, a eficácia, a efetividade ou o impacto a partir de determinada política organizacional. Eficiência diz respeito à boa utilização de recursos financeiros, materiais e humanos em relação às atividades e resultados alcançados. Eficácia se refere à relação entre as ações realizadas e os resultados obtidos. Efetividade é a observação da incorporação das mudanças geradas por determinado programa na realidade da população-alvo. Impacto corresponde ao poder de influência e de irradiação de um projeto realizado (Minayo, 2009).

Segundo Krueger (1988), o valor principal dessa técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Sendo que os grupos focais podem: focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação à crença, atitudes e percepções; desenvolver hipóteses para estudos complementares.

Para Scrimshaw e Hurtado (1987), a técnica exige um animador ‘coordenador do grupo’, que tem a função de focalizar o tema; promover a participação de todos; inibir a monopolização da palavra; e aprofundar a discussão; introduzir a discussão e mantê-la acesa; enfatizar o grupo que não há respostas (ou opiniões) certas ou erradas; observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; buscar as

deixas para propor aprofundamentos; construir relações com os participantes para aprofundar, individualmente respostas e comentários relevantes para a pesquisa; monitorar o ritmo do grupo visando a finalizar o debate no tempo previsto.

Com relação aos eixos estruturantes, objeto deste estudo, iremos analisar as respostas obtidas nos grupos focais e as várias ferramentas disponibilizadas no Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/ UNIFESP.

O eixo estruturante 1 será analisado pelo instrumento denominado Comunidade de Inquirição (CI), nas três variáveis de análises: a presença cognitiva, social e de ensino. Segundo Garrison, et.al. (2000) eles propõem um modelo de análise para avaliar a qualidade dos cursos desenvolvidos em ambientes virtuais de aprendizagem. Nesta última década tem-se assistido a diversas pesquisas empíricas sobre a eficácia da aprendizagem online, verificando-se que a validação dos modelos teóricos. Apesar dos diversos modelos existentes, têm merecido especial destaque o modelo da Comunidade de Inquirição (CI), desenvolvido por Garrison, Anderson e Archer. Considera-se que este modelo promoveu uma investigação de qualidade sobre os ambientes virtuais de aprendizagem, tendo conseguido tornar-se o instrumento com maior popularidade na conceptualização dos processos de aprendizagem online.

Os eixos estruturantes 2 e 3 serão contextualizados metodologicamente através da análise de discurso. Segundo Pêcheux (1988), os pressupostos básicos da análise de discurso estão embasados em dois princípios: o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo. Ao contrário, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio – histórico no qual as formas de relação são produzidas; e toda formação discursiva dissimula, pela pretensão de transparência, sua dependência das formações ideológicas.

“A alegria não chega apenas do encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode-se dar fora da procura, fora de boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Após contato inicial com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Amparo, realizou-se um encontro presencial no município entre a pesquisadora e os entrevistados que iriam participar da pesquisa, em agosto de 2013, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes responderam a um inquérito para caracterização do público alvo, foram apresentadas as atividades da pesquisa e realizou-se o primeiro grupo focal (Anexo E).

Uma webconferência em outubro de 2013 caracterizou o segundo grupo focal. Onde estavam presentes os profissionais de Amparo em uma sala da prefeitura e a pesquisadora em São Paulo. Marcado por dificuldades de acesso dos participantes devido a conexão no município de Amparo. Ainda assim foram gravadas as narrativas dos participantes.

O terceiro encontro e grupo focal ocorreu presencialmente no Município de Amparo com o desenvolvimento do terceiro eixo estruturante objeto deste estudo. Neste momento foram treinados para o uso da plataforma MOODLE como administradores na TELEODONTOLOGIA-FOUSP na categoria Pós-Graduação, na área de trabalho ensino-serviço. Esta plataforma disponibilizada ao município como desdobramento da pesquisa.

Participaram destes encontros a Secretária Municipal de Saúde, uma assessora direta da secretária e seis funcionários que haviam participado e concluído o curso de Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UNIFESP, dos participantes a idade média foi de 44,4 anos com amplitude de 32 a 60 anos, 5 eram do gênero feminino e 1 do gênero masculino, em relação a categoria profissional havia duas enfermeiras, dois médicos e duas cirurgiãs dentista, em relação a carga horária de trabalho na prefeitura de Amparo 5 profissionais trabalham 40 horas semanais, e um trabalha 30 horas (Anexo F).

Tabela 5.1 – Distribuição de frequência em relação ao tempo de trabalho na prefeitura de Amparo, dos participantes da pesquisa, Amparo, 2014

Tempo de Trabalho (em anos)	n	%
5	1	16,7
7	2	33,3
11	1	16,7
20	2	33,3
TOTAL	6	100,0

Tabela 5.2 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa em relação ao cargo que desempenham na prefeitura de Amparo, 2014

Cargo que desempenha	n	%
Coordenadora de Enfermagem	1	16,7
Coordenador da Saúde	1	16,7
Enfermeira ESF	1	16,7
Médico ESF	1	16,7
Cirurgiã Dentista ESF	2	33,3
TOTAL	6	100,0

Tabela 5.3 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa, com relação às atividades profissionais em outros locais além da prefeitura de Amparo, 2014

Desempenha atividades profissionais em outro lugar	n	%
Não	5	83,3
Sim	1	16,7
TOTAL	6	100,0

Tabela 5.4 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa, com relação à participação em cursos de formação / capacitação na modalidade EAD, Amparo, 2014

Participação em curso na modalidade EAD	n	%
Não	2	33,3
Sim	4	66,7
TOTAL	6	100,0

Tabela 5.5 – Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa sobre a avaliação do curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS na modalidade EAD, Amparo, 2014

Avaliação ao curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS	n	%
Excelente	1	16,7
Ótimo	3	50,0
Muito Boa	1	16,7
Bom	1	16,7
TOTAL	6	100,0

Pergunta	Narrativas
Qual sua avaliação do curso de Especialização?	<p>a) “A elaboração de textos para estudos, a atenção permanente dos tutores, as ferramentas, etc. Os espaços de discussão tanto no fórum como nos grupos.”</p> <p>b) “Conteúdo interessante, aulas bem direcionadas, método eficiente.”</p> <p>c) “Muitos temas interessantes e conteúdos novos.”</p> <p>d) “Um desafio estudar e aprofundar conhecimentos no ambiente virtual.”</p> <p>e) “A possibilidade de conhecer outras realidades e aprender com outras experiências.”</p> <p>f) “Uma excelente oportunidade de acesso democrático aos novos conteúdos e de capacitação permanente em serviço.”</p>
Qual foi sua percepção das estratégias metodológicas	<p>a) “Gostei muito da metodologia, principalmente a parte da tutoria e os casos clínicos e depois a discussão possibilitando a interação dos participantes facilitando a compreensão.”</p>

<p>utilizadas em Ensino a Distância proporcionado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/ UNIFESP?</p>	<p>b) <i>“No início tive algumas dificuldades mas quando começamos a fazer as reuniões de estudo sempre as 4ª feiras à tarde, quando fazíamos juntos as discussões do texto daquela semana, minha compreensão se aprofundava.”</i></p> <p>c) <i>“Achei muito interessante e conseguia estimular os alunos à discussão de casos. Quando me inscrevi no curso, não tinha ideia do dinamismo que poderia ter um curso de especialização a distância. Já tinha feito alguns cursos online, mas que não tinha essa riqueza de discussão e participação ativa dos alunos.”</i></p> <p>d) <i>“Bastante adequada, no meu caso acessei a plataforma praticamente todos os dias (exceto fim de semana), aproveitei bastante o conteúdo”.</i></p> <p>e) <i>“São Estratégias que resultam em um melhor aproveitamento do tempo e da disponibilidade de aproveitamento e facilitação de mais e melhor capacitação de RH para os objetivos.”</i></p> <p>f) <i>“Tive uma excelente percepção. É uma forma de ensinar que com certeza vai modificar os paradigmas da educação em todos os meios.”</i></p>
<p>Para você foi fácil adaptar-se à plataforma Moodle e usar as ferramentas disponíveis?</p>	<p>a) <i>“Quando comecei o curso não tinha ideia do processo e da interatividade assim tive muita dificuldade, fiz o curso e fui me adaptando, depois ficou fácil.”</i></p> <p>b) <i>“Acredito que sim. A plataforma foi muito tranquila. Talvez eu não tenha explorado todas as possibilidades...”</i></p> <p>c) <i>“Sim, a plataforma era de fácil entendimento.”</i></p> <p>d) <i>“Sim tenho familiaridade com o uso da internet.”</i></p> <p>e) <i>“Muito fácil.”</i></p> <p>f) <i>“Sim, é uma plataforma muito prática de utilização.”</i></p>
<p>Como o processo de aprendizagem era socializado entre os profissionais participantes do município e com seu grupo no curso?</p>	<p>a) <i>“Foi muito proveitoso, troca de saberes, experiência, reuníamos quinzenalmente e discutíamos os problemas, processo de trabalho, o caso em questão, o referencial teórico para solução.”</i></p> <p>b) <i>“A gente lia os textos, fazia apontamentos e nos reuníamos numa sala no paço municipal, cada um trazia seu computador, discutíamos o que houvesse e elaborávamos a resposta e postávamos mais ou menos na mesma hora.”</i></p> <p>c) <i>“Em Amparo, tínhamos um grupo de estudo multiprofissional (multidisciplinar) que se reunia para discutir as atividades propostas. Discutíamos os temas e também discutíamos as postagens dos outros alunos, visto que cada profissional de amparo estava em salas (grupos) diferentes. Era uma troca muito positiva.”</i></p> <p>d) <i>“Dentro da minha equipe na USF, o compartilhamento do conhecimento foi em parte tolhido devido à falta de interesse por parte da equipe, em adquirir novas ferramentas para</i></p>

	<p><i>instrumentalizar o cotidiano. No grupo do curso, rica troca de experiências, com compartilhamento de matérias didáticas (extra curso) disponíveis.”</i></p> <p>e) <i>“Fazíamos reuniões em grupo, semanalmente, com a autorização do gestor e com isto houve um enriquecimento nos conteúdos com democratização do conhecimento entre os participantes.”</i></p> <p>f) <i>“Nos reuníamos periodicamente a cada 15 dias por quatro horas e também havia contato pela internet.”</i></p>
--	--

Quadro 5.1 – Narrativas segundo eixo estruturante, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 1: *Quais estratégias metodológicas são utilizadas e qual a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta?*

Pergunta	Narrativas
Qual sua avaliação com relação as mudanças ocorridas no seu serviço após a conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UNIFESP	<p>a) <i>““Um dia de cada vez! a especialização trouxe várias ferramentas, possibilidades de ação, algumas mudanças aconteceram e outras não.”</i></p> <p>b) <i>“Em andamento.”</i></p> <p>c) <i>“Mais organizado.”</i></p> <p>d) <i>“Regular.”</i></p> <p>e) <i>“Melhorou a visão e o trabalho em equipe, reconhecimento de papéis, melhora na dinâmica do serviço, apesar de ainda não conseguir implantar alguns projetos que surgiram a partir da realização do curso (troca de experiências).”</i></p>
Como o ambiente local favorecia ou não a aplicação de novos conteúdos do curso	<p>a) <i>“Um grande problema observado é a relação da agente comunitária com a comunidade a mesma tem que assumir seu papel de liderança e a sua atuação. Equilibrando e balizando as ações no cotidiano de trabalho, o curso aprofunda o conhecimento compartilhado nos fóruns.”</i></p> <p>b) <i>“O Curso agregou conhecimento e melhorou a prática, resgatando conceitos assim foi possível socializar muitas informações nas reuniões de equipe.”</i></p> <p>c) <i>“O fato de tem alguns profissionais da cidade de Amparo de diferentes profissões e ocupando distintos cargos desde a administração, a gerência de unidade e o atendimento a comunidade possibilitou que muito se tenha avançado em comparação com o que ocorre com outras cidades, um ponto importante foi as reuniões de estudo pela equipe para estudar e discutir os casos e a situação problemas.”</i></p>
No que o curso influenciou o trabalho: qual sua percepção em	<p>a) <i>“O curso possibilita uma ampliação do olhar nas ações da Estratégia de Saúde da família. A grande dificuldade de trazer para equipe novos conceitos e propostas é a “maturidade da</i></p>

relação aos papéis de aluno e do profissional.	<p><i>Equipe” que apresenta diferentes olhares pois são formadas por diferentes categorias, com diferentes formações acadêmicas e história da construção profissional.”</i></p> <p><i>b) “Dificuldade de subjetividade pois os membros as equipes não estão vivendo o mesmo momento no curso.”</i></p> <p><i>c) Troca de experiências, conhecer outras realidades e buscar outros caminhos tendo assim um leque maior de possibilidades.”</i></p> <p><i>d) “O Curso criou um referencial, possibilitou um balizamento, possibilitou um melhor atendimento dos pacientes e a Agente comunitária mais instrumentalizada nas reuniões de equipes dando maior sustentação as decisões norteando as ações.”</i></p> <p><i>e) “Conhecer outras realidades e possibilidades e as decisões e enfrentar as dificuldades com outros olhares, desenvolvendo assim a criatividade na busca de resoluções.”</i></p> <p><i>f) “O curso possibilitou a ter acesso a Material Novo e novas aplicações nos trabalhos do dia a dia.”</i></p>
No período de desenvolvimento do curso houve efetivação do processo de ensino-aprendizagem trabalhado de forma integral e interdisciplinar aos conteúdos ministrados?	<p><i>a) “A cada unidade, a cada caso clínico, pós discussões, divisão de processos de trabalho, nossa equipe de estudo os membros partiam para suas unidades de trabalho e discutiam nas reuniões de equipe a novas formas e possibilidades de resoluções para melhorar o nosso dia a dia e nossa forma de trabalho.”</i></p> <p><i>b) “Acredito que durante o curso, eu me sentia muito contagiada, motivada. Na unidade onde eu trabalhava naquele momento procurei levar vários (conceitos e ferramentas) aprendidos no curso. Como o papel do Agente Comunitário de Saúde, ficou mais claro para mim, acredito que isso possibilita maior clareza para o meio de trabalho! Ex. Projeto Terapêutico Singular, Genograma, Ecomapa, etc.”</i></p> <p><i>c) “Sim, porém não foi possível aplicar tudo o que foi discutido na prática.”</i></p> <p><i>d) “Sim plenamente.”</i></p> <p><i>e) “Sim.”</i></p> <p><i>f) “Sim, houve.”</i></p>

Quadro 5.2 – Narrativas segundo eixo estruturante, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 2: *Será que o ensino a distância mediado por tecnologia utilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP agregou mudanças para a prática profissional?*

Pergunta	Narrativas
Você acredita que o curso de especialização na Estratégia de Saúde da Família mudou de alguma forma sua prática profissional? Dê exemplos.	<p>a) <i>“Com certeza, conseguimos trabalhar mais interdisciplinarmente, integrando mais a equipe nas comunidades, conscientizando os usuários por sua saúde e direitos, trabalhando mais com indicadores de saúde, um trabalho mais qualificado.”</i></p> <p>b) <i>“Acredito que sim! Em discussões de casos complexos, nas reuniões de minha equipe (reunião semanal entre a equipe da área – ACS- Médico, Enfermeira, Dentista Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Enfermagem, outros profissionais do NASF) A escala de avaliação de vida diária e a escala funcional para priorizar que usuários serão atendidos em visita domiciliar como os acamados e os restritos.”</i></p> <p>c) <i>“Sim, acho que houve um olhar ampliado e me trouxe muitas discussões com outros municípios quanto ao verdadeiro papel da Estratégia de Saúde da Família - ESF.”</i></p> <p>d) <i>“Sinto-me mais preparada enquanto profissional, entretanto, a pouca disponibilidade, por parte da equipe com a qual eu trabalho (USF – Unidade de Saúde da Família) em estar aberta à mudança tolheu o que poderia vir a se desenvolver.”</i></p> <p>e) <i>“Quem pode aproveitar na utilização dos conhecimentos adquiridos, sem dúvida gerou melhorias, em especial no acolhimento e na abordagem multiprofissional. Porque isto ficou muito na dependência do comprometimento de cada um. Quanto a mim, reforçou minhas convicções.”</i></p> <p>f) <i>“Mudou o meu conhecimento teórico, porém na prática muita coisa não é realizada principalmente interdisciplinarmente e interterritorialmente. Vejo a odontologia ainda um pouco distante do contexto da Estratégia de Saúde da Família, porém está encaminhando para melhorar isso.”</i></p>
Como a Organização dos grupos de estudo facilitou as atividades do curso e o impacto no serviço.	<p>a) <i>“A possibilidade de nos reunirmos e estudarmos em grupo foi fundamental pois as horas destinadas para o curso nos reuníamos em horário de trabalho, isto foi fundamental para dar coesão no grupo e nos estudos.”</i></p> <p>b) <i>“As conclusões abordadas nos grupos de estudo ajudavam a balizar as conversas e discussões com as equipes de Coordenação do Município e com os outros profissionais da equipe de trabalhos das Unidades de Saúde e das Unidades de ESF que não tiveram oportunidade de participar do curso ajudando muito nas reuniões de equipe.”</i></p> <p>c) <i>“Assim a Gestão possibilitou que o grupo de alunos atuassem como multiplicadores de conhecimento e disseminadores dos textos para a rede.”</i></p>

	<p>d) <i>"Fui convidada pela gestão para participar da equipe e realizar um grupo de apoio a gestão pois como participava do curso, a gestão se mostrou aberta a novas possibilidades que o curso estava trazendo com outros olhares para administração central e local e capacitação das equipes."</i></p> <p>e) <i>"O papel da gestão foi fundamental e imprescindível."</i></p>
Quais possibilidades e desafios vêm ocorrendo na implantação / implementação das transformações das práticas e organização do serviço de saúde de Amparo?	<p>a) <i>"A grande dificuldade e a falta de recursos humanos vem atravancando a implementação, mas aos poucos temos conseguido efetivar. Temos excelentes profissionais que são muito comprometidos."</i></p> <p>b) <i>"Acredito que quando a diretriz de gestão central está clara, quando o planejamento das ações está feito, pensado, fica mais tranquilo de se trabalhar. O conhecimento que adquirimos durante o curso, vai conosco onde estivermos! Há momentos em que a motivação para a mudança é maior e outros em que a motivação vai lá embaixo. Por vezes, a falta de disponibilidade para a mudança da equipe, mobiliza a equipe para dar um passo adiante. Só mesmo uma crise para fazer a fila andar!"</i></p> <p>c) <i>"É um desafio implementar ações quando não temos uma gestão que reconhece a importância da Atenção Primária."</i></p> <p>d) <i>"Com a falta de médicos, e consequentemente funcionamento incompleto das equipes, ESF vem encontrando algumas dificuldades, pois o profissional médico precisa se desdobrar para dar conta das áreas que estão sem cobertura médica. A sobrecarga faz com que seja difícil o trabalho educativo / preventivo, focando-se mais no curativo e com a exaustiva burocratização (preenchimento de processos, receitas controladas, etc.)."</i></p> <p>e) <i>"Atualmente estamos passando, não só em Amparo, mas em todo o Brasil, por uma série de problemas de desqualificação da ESF em detrimento de medidas populistas como (mais médicos) que esvaziaram o interesse dos profissionais novos em se integrarem na ESF."</i></p> <p>f) <i>"Os serviços de saúde estão defasados em recursos humanos para o trabalho, e não há uma adequada organização quanto ao remanejamento de funcionários para que todos se beneficiem diante do problema. Não há equidade, nem com os usuários e nem com os funcionários com relação as necessidades de infraestrutura e materiais como autoclave, que é essencial nos dias de hoje para o consultório odontológico."</i></p>

Quadro 5.3 – Narrativas segundo eixo estruturante, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 3: Quais possibilidades e desafios na implantação/ implementação do trabalho em equipe e transformação das práticas e organização dos serviços?

“O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, poder do qual nos queremos apoderar”

Michel Foucault

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 REFLEXÕES EIXO ESTRUTURANTE 1

Com a difusão e a utilização dos cursos utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem, como ferramenta de educação em serviços de saúde, os autores Garrison et al. (2000), trabalharam em um método que pudesse avaliar a qualidade da aprendizagem em distintas estruturas e modelos nos ambientes virtuais de aprendizagem. Este instrumento foi denominado Comunidade de Inquirição (CI). A CI tem como foco de análise três eixos: a presença cognitiva, social e de ensino. Assim, iremos analisar as ferramentas disponibilizadas no Curso UNASUS/ UNIFESP nos três eixos e avaliar como o curso propiciava estruturas de aprendizagem.

Os espaços de interação dos grupos de alunos, de comunicação com o tutor, de acesso aos conteúdos de aprendizagem, de avaliação e de interação foram classificados segundo as variáveis de análise: Presença Social, Presença Cognitiva e Presença de Ensino.

A primeira variável de análise, a presença social é a capacidade dos alunos se projetarem social e emocionalmente. Mesmo estando em um ambiente virtual, os alunos se sentem percebidos como pessoas, considerando a natureza assíncrona desse processo de aprendizagem.

O curso do UNASUS/ UNIFESP inicia os trabalhos de aprendizagem com um momento de ambientação, disponibiliza um vídeo de boas vindas, abre uma ferramenta que permite ao aluno editar seu perfil e incluir uma foto, que podem ser atualizados ao longo do curso.

Para Garrison (2007), é fundamental no processo de aprendizagem que os alunos se sintam social e emocionalmente conectados uns com os outros. Assim sendo, o Fórum “Café Virtual” permitia uma comunicação aberta entre todos os membros de todos os grupos (alunos, tutores e condenação), para trocar mensagens,

textos e experiências, de temas fora do curso ou mesmos do conteúdo do curso. Outra ferramenta de fortalecimento do vínculo são os encontros presenciais entre os alunos e o tutor. E o grande diferencial do grupo de alunos de Amparo foi a possibilidade de encontros para estudar e discutir os conteúdos teóricos e o encaminhamento dos casos complexos. Mais de que um encontro como grupo de estudo, estes momentos tinham um forte caráter social de fortalecimento de vínculos, pactuação de propostas e identificação de um coletivo de trabalho na ESF.

Segundo Garrison e Cleveland-Innes (2005), a possibilidade de comunicação aberta e o fortalecimento da coesão do grupo, a presença social é necessária e fundamental para o desenvolvimento da presença cognitiva, que oferece segurança emocional para possibilitar uma comunicação profunda que agregue um objetivo comum na construção coletiva do conhecimento.

A segunda variável de análise da Comunidade de Inquirição é a presença Cognitiva *“capacidade dos alunos construírem e confirmarem o significado através de uma reflexão e um discurso sustentado por meio da reflexão e da comunicação entre os participantes da comunidade”* (Garrison et al., 2000). Segundos os mesmos autores, a presença cognitiva é expressa em ciclos de inquirição prática onde os alunos são instigados por elementos desencadeadores, transitando pela fase de exploração e compreensão do problema; a fase de integração com outros conteúdos, conhecimentos teorias e pensamentos dos membros do grupo, sendo esta uma fase de reflexão e relação, e por último a fase de resolução e síntese que é a ação comunicativa.

A presença cognitiva tem no curso UNASUS /UNIFESP como elementos desencadeadores as situações problemas apresentadas nas Unidades de Caso Complexo, onde o tutor abre o fórum de discussão do curso com uma pergunta norteadora. A partir da pergunta faz uma aproximação e exploração do problema, que remete aos conteúdos teóricos desenvolvidos nas Unidades de Conteúdo, nos materiais complementares e na contextualização. Iniciando assim uma reflexão e participação no fórum onde este explicita suas percepções e colabora de forma coletiva e criativa concretizando a ação comunicativa. Este processo também se verifica na Unidade de Metodologia Científica e Apresentação do TCC, onde os

conteúdos são desenvolvidos paulatinamente, de forma escalonada e crescente em complexidade. Partindo-se de um problema de pesquisa o aluno desenvolve uma revisão da literatura ou um projeto de intervenção, compreendendo por meio de metodologia científica todos os passos que o levam ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O Curso possibilita ainda processos de auto avaliação continuada, pois ao final de cada Unidade de Conteúdo o aluno responde a um questionário (múltipla escolha), participa de fóruns avaliativos nos casos complexos e atividades guiadas nos encontros presenciais.

A última variável de análise na Comunidade de Inquirição é a presença de ensino que é estratificada nos seguintes componentes: o Desenho Institucional, a Facilitação do Discurso e a Instrução Direta. De acordo com Anderson et al. (2001), a presença de ensino “*consiste na concepção, facilitação e direcionamento de processos cognitivos e sociais, objetivando que os estudantes alcancem resultados de aprendizagem*” sendo que o desenho institucional está ligado ao planejamento, desenho estrutural dos processos e à organização do curso. O segundo componente, Facilitação do Discurso, refere-se aos mecanismos e meios que possibilitam a participação dos alunos interação e construção do aprendizado. Nesta fase é de fundamental importância a interação aluno – aluno e aluno – tutor o que remete automaticamente para o terceiro componente, a instrução direta, que é a partilha do conhecimento entre os alunos.

O curso de Especialização em Saúde da Família/UNASUS/UNIFESP, do qual os profissionais de Amparo participaram tem a variável de análise, Presença de Ensino sendo arquitetada antes do início do curso, pois é a forma como o curso foi planejado, organizado e estruturado nas estratégias de aprendizagem e interação. Assim sendo podemos identificar alguns elementos desta variável de análise: guia do participante, calendário do curso, regimentos e legislações pertinentes, monitoramento de participação nas unidades de conteúdo e de caso complexo, encontros presenciais, webconferências e interação dos alunos com o tutor nos fóruns das unidades de aprendizagem (Anexo F).

Correlacionado os pressupostos da Comunidade de Inquirição com o Eixo Estruturante 1, proposto no objetivo deste estudo, ressalta-se através das narrativas

dos participantes desta pesquisa (Anexo G), o caráter claro e explícito das presenças social, cognitiva e de ensino.

No Eixo estruturante 1: “As estratégias metodológicas utilizadas e a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta de EAD” destaca-se as narrativas através da:

Presença Social

“Em Amparo, tínhamos um grupo de estudo multiprofissional (multidisciplinar) que se reunia para discutir as atividades propostas...”

“Reuniões de estudo sempre as 4ª feiras à tarde, quando fazíamos juntos as discussões do texto daquela semana”

“Fazíamos reuniões em grupo, semanalmente, com a autorização do gestor...”

“Nos reuníamos periodicamente a cada 15 dias por quatro horas e também havia contato pela internet.”

Presença Cognitiva

“São Estratégias que resultam em um melhor aproveitamento do tempo e da disponibilidade de aproveitamento e facilitação de mais e melhor capacitação de RH para os objetivos.”

“Foi muito proveitoso, troca de saberes, experiência, reuníamos quinzenalmente e discutíamos os problemas, processo de trabalho, o caso em questão, o referencial teórico para solução.”

“Discutíamos os temas e também discutíamos as postagens dos outros alunos, visto que cada profissional de amparo estava em salas (grupos) diferentes. Era uma troca muito positiva.”

“Tive uma excelente percepção. É uma forma de ensinar que com certeza vai modificar os paradigmas da educação em todos os meios.”

Presença de Ensino

“Quando me inscrevi no curso, não tinha ideia do dinamismo que poderia ter um curso de especialização a distância. Já tinha feito alguns cursos online, mas que não tinha essa riqueza de discussão e participação ativa dos alunos”.

“Fazíamos reuniões em grupo, semanalmente, com a autorização do gestor e com isto houve um enriquecimento nos conteúdos com democratização do conhecimento entre os participantes”

Pergunta	Narrativas	Presença
Qual sua avaliação do curso de Especialização?	<p>a) “A elaboração de textos para estudos, a atenção permanente dos tutores, as ferramentas, etc. Os espaços de discussão tanto no fórum como nos grupos.”</p> <p>b) “Conteúdo interessante, aulas bem direcionadas, método eficiente.”</p> <p>c) “Muitos temas interessantes e conteúdos novos.”</p> <p>d) “Um desafio estudar e aprofundar conhecimentos no ambiente virtual.”</p> <p>e) “A possibilidade de conhecer outras realidades e aprender com outras experiências.”</p> <p>f) “Uma excelente oportunidade de acesso democrático aos novos conteúdos e de capacitação permanente em serviço.”</p>	<p>Cognitiva</p> <p>Ensino</p> <p>Ensino Cognitiva</p> <p>Cognitiva/ Social</p> <p>Cognitiva</p>
Qual foi sua percepção das estratégias metodológicas utilizadas em Ensino a Distância proporcionado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/ UNIFESP?	<p>a) “Gostei muito da metodologia, principalmente a parte da tutoria e os casos clínicos e depois a discussão possibilitando a interação dos participantes facilitando a compreensão.”</p> <p>b) “No início tive algumas dificuldades mas quando começamos a fazer as reuniões de estudo sempre as 4ª feiras à tarde, quando fazíamos juntos as discussões do texto daquela semana, minha compreensão se aprofundava.”</p> <p>c) “Achei muito interessante e conseguia estimular os alunos à discussão de casos. Quando me inscrevi no curso, não tinha ideia do dinamismo que poderia ter um curso de especialização a distância. Já tinha feito alguns cursos online, mas que não tinha essa riqueza de discussão e participação ativa dos alunos.”</p> <p>d) “Bastante adequada, no meu caso acessei a plataforma praticamente todos os dias (exceto fim de semana), aproveitei bastante o conteúdo.”</p> <p>e) “São Estratégias que resultam em um melhor aproveitamento do tempo e da disponibilidade de e facilitação de melhor capacitação de RH para os objetivos.”</p> <p>f) “Tive uma excelente percepção. É uma forma de ensinar que com certeza vai modificar os paradigmas da educação em todos os meios.”</p>	<p>Ensino Cognitiva Social</p> <p>Cognitiva/ Social</p> <p>Ensino Cognitiva Social</p> <p>Cognitiva</p> <p>Ensino</p> <p>Ensino</p>
Para você foi fácil adaptar-se à plataforma Moodle e usar as ferramentas disponíveis?	<p>a) “Quando comecei o curso não tinha ideia do processo e da interatividade assim tive muita dificuldade, fiz o curso e fui me adaptando, depois ficou fácil.”</p>	<p>Ensino</p>

	<p>b) “Acredito que sim. A plataforma foi muito tranquila. Talvez eu não tenha explorado todas as possibilidades...”</p> <p>c) “Sim, a plataforma era de fácil entendimento.”</p> <p>d) “Sim tenho familiaridade com o uso da internet.”</p> <p>e) “Muito fácil.”</p> <p>f) “Sim, é uma plataforma muito prática de utilização.”</p>	
<p>Como o processo de aprendizagem era socializado entre os profissionais participantes do município e com seu grupo no curso?</p>	<p>a) “Foi muito proveitoso, troca de saberes, experiência, reuníamos quinzenalmente e discutíamos os problemas, processo de trabalho, o caso em questão, o referencial teórico para solução.”</p> <p>b) “A gente lia os textos, fazia apontamentos e nos reuníamos numa sala no paço municipal, cada um trazia seu computador, discutíamos o que houvesse e elaborávamos a resposta e postávamos mais ou menos na mesma hora”</p> <p>c) “Em Amparo, tínhamos um grupo de estudo multiprofissional (multidisciplinar) que se reunia para discutir as atividades propostas. Discutíamos os temas e também discutíamos as postagens dos outros alunos, visto que cada profissional de amparo estava em salas (grupos) diferentes. Era uma troca muito positiva.”</p> <p>d) “Dentro da minha equipe na USF, o compartilhamento do conhecimento foi em parte tolhido devido à falta de interesse por parte da equipe, em adquirir novas ferramentas para instrumentalizar o cotidiano. No grupo do curso, rica troca de experiências, com compartilhamento de matérias didáticas (extra curso) disponíveis.”</p> <p>e) “Fazíamos reuniões em grupo, semanalmente, com a autorização do gestor e com isto houve um enriquecimento nos conteúdos com democratização do conhecimento entre os participantes.”</p> <p>f) “Nos reuníamos periodicamente a cada 15 dias por quatro horas e também havia contato pela internet.”</p>	<p>Social Cognitiva</p>

Quadro 6.1 – Narrativas segundo eixo estruturante e presenças das comunidades de inquirição, município de Amparo, 2014. Eixo Estruturante 1: *Quais estratégias metodológicas são utilizadas e qual a percepção do aluno com relação à aprendizagem nesta proposta?*

Ao observarmos a variável Presença Social podemos identificar uma conectividade afetiva e institucional entre os profissionais do município de Amparo, possibilitando uma comunicação aberta com forte intercâmbio acadêmico e coesão de grupo, fortalecendo os laços afetivos e de segurança como ressalta o trabalho de Garrison et al. (2000). Um ponto forte neste contexto foi a disponibilidade do gestor local (município de Amparo) em possibilitar que os alunos fizessem reuniões para estudos e discussão dos conteúdos propostos no curso, foi um diferencial qualitativo positivo ressaltado em todas as narrativas, isto colabora com os achados de Oriogum (2003), Kanuka e Garrison (2004), que um ambiente colaborativo em grupo de aprendizagem é uma estratégia que pode resultar em uma melhor aprendizagem do que se o indivíduo trabalhasse sozinho.

Nas narrativas dos alunos observou-se elementos fortemente associados a Presença Cognitiva como a identificação e compreensão de problemas, a integração com outros conteúdos teóricos e um processo de reflexão, a síntese destas discussões com a possibilidade de aplicabilidade na prática diária e no contexto de trabalho.

Com relação à variável, Presença de Ensino, podemos observar como o ‘*dinamismo*’ no qual o curso foi planejado e implantado possibilitava uma ‘*riqueza de discussões*’.

Ao analisarmos as narrativas dos alunos podemos identificar uma forte conexão entre as presenças Social, Cognitiva e de Ensino, pois segundo os autores Garrison et al. (2000), as três presenças precisam coexistir e interagir para otimizar e facilitar a aprendizagem. Pode-se notar uma conjunção de narrativas e sentimentos que respaldam as presenças. Para aprender e ensinar é necessário trocar e interagir (presença social), a partir de bases conceituais organizadas e com objetivos (presença de ensino), efetivando operações interdependentes de processos cognitivos e padrões culturais (presença cognitiva).

Para os autores Picciano (2002), Swan e Shin (2005), a presença social tem forte correlação no processo cognitivo e a presença de ensino na organização e implantação do curso. Os autores Tu e McIsaac (2002), Swan e Shin (2005), mostram

a ligação da presença de ensino associada com a aprendizagem da presença cognitiva.

Assim, para Greenhow et al. (2009), a aprendizagem está localizada em contextos e relacionamentos, e não apenas nas mentes dos indivíduos. Assim a aprendizagem está ativamente engajada com a interação com os alunos e de forma efetiva para apoiar a presença cognitiva.

Lévy (2010), faz inferência às comunidades virtuais nos processos de aprendizagem como um estímulo à formação de inteligências coletivas, às quais os indivíduos podem recorrer para trocar informações e conhecimentos. Pode-se pensar no Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP como um espaço para este exercício de aprendizagem. Um conjunto organizado em um espaço que funciona como filtros inteligentes que nos ajudam a lidar com o excesso de informação, mas igualmente como um mecanismo que nos abre às visões alternativas de uma cultura. Uma rede de pessoas interessadas pelos mesmos temas é um potencial para formação de ideologias, conceitos e práticas em saúde.

6.2 REFLEXÕES EIXO ESTRUTURANTE 2

O Eixo Estruturante 2 “*O ensino a distância mediado por tecnologia utilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP agregou mudanças para a prática profissional*”, as respectivas narrativas dos participantes serão analisadas segundo a metodologia qualitativa, de análise do discurso, pois segundo Minayo (2010), são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas e de avaliação.

“O Curso agregou conhecimento e melhorou a prática, resgatando conceitos assim foi possível socializar muitas informações nas reuniões de equipe”.

Para Argyris (1991), o contexto de aprendizagem tem papel significativo nas mudanças de práticas de serviço, pois implica não apenas no desenvolvimento de novas habilidades, mas um profundo processo reflexivo sobre a organização do próprio serviço. Foi identificado nas narrativas dos participantes que o conteúdo, a organização e a estrutura do curso foi um forte indutor e catalisador no processo de mudança da prática profissional, pois possibilitou uma reflexão do cotidiano de trabalho, das relações estabelecidas em equipe e das relações com os outros profissionais que atuam na rede de Atenção à Saúde; propiciando uma melhor qualidade do cuidado prestado à população.

“O Curso criou um referencial, possibilitou um balizamento, possibilitou um melhor atendimento dos pacientes e a Agente comunitária mais instrumentalizada nas reuniões de equipe dando maior sustentação as decisões e norteando as ações”

Um outro ponto observado é que atende o pressuposto da Educação Permanente (Brasil, 2009), *“onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”*, os participantes do curso tornaram-se multiplicadores dos conteúdos e práticas, compartilhando com outros membros da equipe, com os Agentes Comunitários de Saúde, com a comunidade local em um processo importante para a sua prática de trabalho. Buscou-se dar significado e vida aos conteúdos aprendidos no Curso de Especialização em Saúde da Família tornando-os ativos e apreendidos na práxis do trabalho.

“Melhorou a visão e o trabalho em equipe, reconhecimento de papéis, melhora na dinâmica do serviço, apesar de ainda não conseguir implantar alguns projetos que surgiram a partir da realização do curso (troca de experiências)”

“O Curso agregou conhecimento e melhorou a prática, resgatando conceitos assim foi possível socializar muitas informações nas reuniões de equipe.”

A Educação Permanente é uma ferramenta potente de transformação institucional, facilitando a compreensão, a valorização e a apropriação do modelo de atenção à saúde, buscando contextualizar e aprofundar a reflexão das práticas integrando-as com a real necessidade da população; Destro (1995), define a educação permanente como “toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar

uma mudança de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes”.

“A especialização trouxe várias ferramentas, possibilidades de ação, algumas mudanças aconteceram e outras não.”

“Sim, porém não foi possível aplicar tudo o que foi discutido na prática.”

Apesar do Curso de Especialização ser temporalmente finito, apresenta reflexos a longo prazo, pois segundo as narrativas dos participantes, *“algumas mudanças já ocorreram outras ainda não”* e que *“apesar de ainda não conseguir implantar alguns projetos que surgiram a partir da realização do curso”*, observa-se que os projetos e as mudanças não implantadas podem ocorrer a longo prazo, pois toda mudança depende de conhecimento, equipe comprometida, reflexão, e contexto favorável.

“Troca de experiências, conhecer outras realidades e buscar outros caminhos tendo assim um leque maior de possibilidades.”

“Equilibrando e balizando as ações no cotidiano de trabalho, o curso aprofunda o conhecimento compartilhado nos fóruns.”

Segundo Krathwohl (2002), a importância do curso em suprir as necessidades dos participantes e estimular o desenvolvimento cognitivo amplo, duradouro e profundo, pode-se observar esta afirmação neste relato *“Equilibrando e balizando as ações no cotidiano de trabalho, o curso aprofunda o conhecimento compartilhado nos fóruns”*. A estrutura do curso utilizou-se de estratégias e tecnologias educacionais possibilitaram a aquisição do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e competências que apresenta reflexos na prática profissional.

“O curso possibilita uma ampliação do olhar nas ações da Estratégia de Saúde da família. A grande dificuldade de trazer para equipe novos conceitos e proposta é a “maturidade da Equipe” que apresenta diferentes olhares pois são formadas por diferentes categorias com diferentes formações acadêmicas e história da construção profissional.”

O Ambiente Virtual de Aprendizagem é uma ferramenta que possibilita a profunda reflexão do processo de aprendizagem e tem influência na prática diária, segundo Anderson e Krathwohl (2001), a utilização de tecnologia de comunicação “modalidade a distância” cria novas oportunidades educacionais uma vez que possibilita

a autoaprendizagem e o controle do aprendizado relacionado a autonomia de aprender deve se um processo cada vez mais consciente. Pode-se observar no relato “*ampliar o olhar*” e “*maturidade da equipe*”.

Segundo a teoria andragógica, que consiste em direcionar os esforços de ensino para proporcionar educação de adultos, a partir de seu amadurecimento estes passam a ser responsáveis pela própria vida e suas decisões (Knowles, 1980). A educação de adultos fundamenta-se principalmente em processos de aprendizagem que envolvem dois componentes a utilidade e a praticidade, ou seja, este adulto se dispõe a aprender quando compreende a utilidade do aprendizado, e isso está associado à resolução de problemas cotidianos vinculados à vida e a atividade que desempenham, estabelecendo assim uma forte conexão com a prática e a vida real, pois a experiência é um fator motivador para o processo de aprendizagem.

“O fato de ter alguns profissionais da cidade de Amparo fazendo o curso, de diferentes profissões e ocupando distintos cargos desde a administração, a gerência de unidade, e o atendimento a comunidade possibilitou que muito se tenha avançado em comparação com o que ocorre com outras cidades.”

A sustentação da teoria da Andragogia, de aprendizagem para adultos pode ser observada nas narrativas “*O fato de ter alguns profissionais da cidade de Amparo de diferentes profissões e ocupando distintos cargos desde a administração, a gerência de unidade e o atendimento da comunidade possibilitou que muito se tenha avançado em comparação com o que ocorre com outras cidades*” pois faz uma análise crítica da prática diária, e do contexto de atuação dos profissionais que participaram do curso com seus respectivos cargos e a influência de atuação dos mesmos nos diferentes cenários.

“Um grande problema observado é a relação da agente comunitária com a comunidade a mesma tem que assumir seu papel de liderança e a sua atuação”.

Os processos de educação dos trabalhadores da saúde são pautados a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009), segundo a narrativa

“Um grande problema observado é a relação da agente comunitária com a comunidade, a mesma tem que assumir seu papel de liderança e a sua atuação”, sustenta a afirmação de Argyris (1993), que a aprendizagem é um circuito duplo onde além de ocorrer uma revisão dos valores da própria conduta, modifica a pauta de relações pois altera o *status quo*, gerando intervenções nas organizações.

6.3 REFLEXÕES EIXO ESTRUTURANTE 3

O Eixo Estruturante 3: *“Possibilidades e desafios na implantação/implementação do trabalho em equipe e transformação das práticas e organização dos serviços”*, este eixo é segmentado em três aspectos: a organização do grupo, a mudança da prática profissional, as possibilidades e desafios da implantação da transformação.

Entender essa afirmação de Ceccim (2004/2005), é situar as várias possibilidades de transformação na práxis dos serviços.

A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (Ceccim, 2004/2005).

Com relação à pergunta: “Como a organização dos grupos de estudo facilitou as atividades do curso e o impacto no serviço”, destaca-se as seguintes narrativas:

“A possibilidade de nos reunirmos e estudarmos em grupo foi fundamental pois as horas destinadas para o curso nos reuníamos em horário de trabalho, isto foi fundamental para dar coesão no grupo e nos estudos”

“As conclusões abordadas nos grupos de estudo ajudavam a balizar as conversas e discussões com as equipes de Coordenação do Município e com os outros profissionais da equipe de trabalhos das Unidades de Saúde e das Unidades de ESF que não tiveram oportunidade de participar do curso ajudando muito nas reuniões de equipe”.

“Assim a Gestão possibilitou que o grupo de alunos atuassem como multiplicadores de conhecimento e disseminadores dos textos para a rede”.

“Fui convidada pela gestão para participar da equipe e realizar um grupo de apoio à gestão pois como participava do curso, a gestão se mostrou aberta a novas possibilidades que o curso estava trazendo com outros olhares para administração central e local e capacitação das equipes.”

“O papel da gestão foi fundamental e imprescindível”.

Uma das principais características, que diferenciaram o grupo de alunos de Amparo foi o apoio da gestão naquele momento, que permitiu reuniões em grupo no horário de trabalho e em um espaço físico disponibilizado na prefeitura, quinzenalmente, outro ponto relevante é que as reflexões em grupo possibilitaram um aprofundamento nas discussões dos conteúdos e a viabilidade de implantação frente a realidade do município nos diversos espaços das Unidades de Saúde da Estratégia de saúde da Família. A garantia de horários para estudos ficava a critério do gestor local e eram sugeridas nas reuniões dos Secretários de Saúde. Hoje existe legislação com esta garantia nos Programas PROVAB e Mais Médicos.

A educação a distância (EAD) apresenta características específicas, rompendo com a concepção da presença física do aluno e do professor no processo de ensino-aprendizagem, sendo que ato pedagógico não é centrado na figura do professor, mas sim no aluno. Para Riano (1997), buscar a aprendizagem autônoma, independente, onde o aluno é o sujeito de sua própria aprendizagem com a formação de pessoas críticas e ativas nos processos de participação social, assumindo o papel de atores e autores do processo de transformação loco-regional é um fator essencial no processo de educação permanente em saúde.

O processo de transformação de práticas nos contextos de trabalho devem fortalecer a reflexão das equipes sobre o trabalho e a gestão dos processos, tendo como foco a consolidação do desenho de educação permanente em serviço. A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações

do trabalho entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde (Ceccim, 2005).

Quando solicitados a narrar sobre: “O curso de especialização na Estratégia de Saúde da Família mudou de alguma forma sua prática profissional?”. Os profissionais por meio de um processo metacognitivo, reconhecem as transformações que ocorreram em seu universo cognitivo e de trabalho, possibilitando uma qualificação nas suas práticas organizacionais, nas relações com a equipe e a comunidade. Mas destacam as dificuldades com o coletivo de trabalhadores de Amparo, nem todos capacitados pelo curso, as dificuldades de implantação de novas propostas e a inacessibilidade interdisciplinar da equipe.

“Com certeza, conseguimos trabalhar mais interdisciplinarmente, integrando mais a equipe nas comunidades, conscientizando os usuários por sua saúde e direitos, trabalhando mais com indicadores de saúde, um trabalho mais qualificado.”

“Acredito que sim! Em discussões de casos complexos, nas reuniões de minha equipe (reunião semanal entre a equipe da área – ACS- Médico, Enfermeira, Dentista Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Enfermagem, outros profissionais do NASF) A escala de avaliação de vida diária e a escala funcional para priorizar que usuários serão atendidos em visita domiciliar como os acamados e os restritos.”

“Sim, acho que houve um olhar ampliado e me trouxe muitas discussões com outros municípios quanto ao verdadeiro papel da Estratégia de Saúde da Família - ESF.”

“Sinto-me mais preparada enquanto profissional, entretanto, a pouca disponibilidade, por parte da equipe com a qual eu trabalho (USF – Unidade de Saúde da Família) em estar aberta à mudança tolheu o que poderia vir a se desenvolver.”

“Quem pode aproveitar na utilização dos conhecimentos adquiridos, sem dúvida gerou melhorias, em especial no acolhimento e na abordagem multiprofissional. Porque isto ficou muito na dependência do comprometimento de cada um. Quanto a mim, reforçou minhas convicções.”

“Mudou o meu conhecimento teórico, porém na prática muita coisa não é realizada principalmente interdisciplinarmente e interterritorialmente. Vejo a odontologia ainda um pouco distante do contexto da Estratégia de Saúde da Família, porém está encaminhando para melhorar isso.”

Observa-se nas narrativas mudanças significativas, sendo que os alunos passaram a refletir sobre as práticas multiprofissionais, com integração da equipe na comunidade, possibilitando a conscientização dos usuários dos direitos à saúde, o curso propiciou um olhar ampliado, possibilitando melhorias no acolhimento e na abordagem multiprofissional.

Para Davini (2009), a EAD adquire um caráter estratégico na medida em que potencializa a disseminação global do conhecimento, propiciando o intercâmbio do indivíduo com o coletivo, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates, além de possibilitar a adesão de usuários de forma mais dinâmica. É uma ferramenta potente de transformação institucional, facilitando a compreensão, a valorização e a apropriação de modelo de atenção à saúde, buscando contextualizar e aprofundar a reflexão das práticas integradas à necessidade da população.

Para Ceccim (2005), a capacitação dos profissionais de saúde ocorrem no trabalho e pelo trabalho implicando com a transformação das práticas do cuidado inseridas nas redes de atenção humanizada voltados aos usuários do Sistema Único de Saúde “O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde” (Ceccim, 2008).

A educação parte do pressuposto da aprendizagem significativa “*que promove e produz sentidos*” e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Haddad et al., 1994). Com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

O modelo de educação em saúde no espaço virtual se dá pela necessidade de superar as barreiras da distância e do isolamento, utilizando as ferramentas das plataformas virtuais para potencializar o encontro entre as pessoas que constroem o cotidiano da atenção básica. Ao dividir uma vivência, o participante desta rede pode inspirar outros trabalhadores, seja seu relato reflexo de um enfrentamento com resultados positivos ou dificuldades, sendo um espaço de encontro e aprendizado mútuo (Brasil, 2014a).

Sobre as possibilidades e desafios que vêm ocorrendo na implantação / implementação das transformações das práticas e organização do serviço de saúde de Amparo foi destacado:

“A grande dificuldade e a falta de recursos humanos vem atravancando a implementação, mas aos poucos temos conseguido efetivar. Temos excelentes profissionais que são muito comprometidos.”

“Acredito que quando a diretriz de gestão central está clara, quando o planejamento das ações está feito, pensado, fica mais tranquilo de se trabalhar. O conhecimento que adquirimos durante o curso, vai conosco onde estivermos! Há momentos em que a motivação para a mudança é maior e outros em que a motivação vai lá embaixo. Por vezes, a falta de disponibilidade para a mudança da equipe, mobiliza a equipe para dar um passo adiante. Só mesmo uma crise para fazer a fila andar!”

“É um desafio implementar ações quando não temos uma gestão que reconhece a importância da Atenção Primária.”

“Com a falta de médicos, e consequentemente funcionamento incompleto das equipes, ESF vem encontrando algumas dificuldades, pois o profissional médico precisa se desdobrar para dar conta das áreas que estão sem cobertura médica. A sobrecarga faz com que seja difícil o trabalho educativo / preventivo, focando-se mais no curativo e com a exaustiva burocratização (preenchimento de processos, receitas controladas, etc.),”

“Atualmente estamos passando, não só em Amparo, mas em todo o Brasil, por uma série de problemas de desqualificação da ESF em detrimento de medidas populistas como (mais médicos) que esvaziaram o interesse dos profissionais novos em se integrarem na ESF.”

“Os serviços de saúde estão defasados em recursos humanos para o trabalho, e não há uma adequada organização quanto ao remanejamento de funcionários para que todos se beneficiem diante do problema. Não há equidade, nem com os usuários e nem com os funcionários com relação as necessidades de infraestrutura e materiais como autoclave, que é essencial nos dias de hoje para o consultório odontológico.”

O grupo descreveu como fator dificultador da implantação a falta de recursos humanos, e como ponto facilitador do processo de mudança a presença de profissionais comprometidos. As diretrizes claras na gestão é um fator fundamental para organização da estratégia e das equipes. Até mesmo as dificuldades se tornam um importante ponto para desenvolver a criatividade e superar as variáveis adversas.

Segundo Zilbovicius (2007), a educação superior deparou-se com importante desafio quando avança na reestruturação da formação de recursos humanos para o trabalho cujo principal referencial de atenção em saúde é o Sistema Único de Saúde. Pois educação para Libâneo (2005), é “o conjunto de processos formativos que ocorrem no meio social, seja eles intencionais ou não, institucionalizados ou não.”

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), constatar a realidade é produzir sentidos, pertence ao SUS e aos trabalhadores da saúde com o objetivo de coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o

trabalho e as organizações de saúde e construir significados e práticas com participação ativa dos gestores possibilitando a integração ensino – serviço - gestão - controle social, como proposto no quadrilátero da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família amplia o acesso das pessoas ao SUS. Uma incorporação prática e reafirmação dos seus princípios, portanto, surge como uma estratégia que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde (Barbosa et al., 2007).

Ao promover educação permanente em saúde, a ESF por meio de seus profissionais, torna-se instrumentalizada e capaz de exercitar práticas contra-hegemônicas ao modelo assistencial à saúde, contribuindo para a construção de um modelo de atenção à saúde que efetive os princípios e pressupostos do SUS.

Segundo as respostas da gestora da área de desenvolvimento (Anexo H), quando perguntada sobre a importância de estratégia de Educação Permanente em Saúde para o município de Amparo:

“A Educação Permanente pode facilitar o envolvimento de todos os profissionais e proporcionar uma troca de saberes, uma reflexão das práticas de serviço levando a uma melhora no processo de trabalho.”

A gestora reconhece a educação permanente como importante estratégia de reorganização dos processos de trabalho e melhoria da atenção em saúde. Reconhece a importância destas estratégias serem pactuadas e acordadas no COSEMS e estarem atreladas a movimentos de multiplicação no município.

Quando questionada sobre sua percepção em relação aos avanços na organização dos serviços dos profissionais que realizaram Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP no município de Amparo ela relata:

“Percebo que alguns ampliaram a visão em Saúde Coletiva, na Estratégia de Saúde da Família e trouxeram ferramentas de trabalho em equipe.”

“Porém a grande maioria dos participantes ainda se limitam em executar tarefas do dia a dia dentro de seu campo e núcleo de atuação.”

Quando citada a refletir sobre como Amparo tem organizado seus processos de Educação Permanente em Saúde, demonstra preocupação com essa estrutura formativa no município declarando:

“Em 2014 houve uma mudança de representante da Educação Permanente no município o que ainda vejo como frágil no sentido de reorganizar o serviço em curto tempo. A gestão entende que a Educação Permanente era ofertada a poucas pessoas e de forma direcionada e quase sempre através de cursos fora do município sem o compromisso do participante em compartilhar o que recebeu de informação.”

Refere ainda que uma plataforma Moodle para desenvolvimento de capacitação dos profissionais do município de Amparo seria uma estratégia interessante e, cita alguns temas que deveriam ser aprofundados com toda equipe de ESF de forma a garantir seus objetivos: *Qual a missão da ESF Processo de Trabalho em equipe ESF, Gestão Clínica; O papel de cada profissional da equipe da ESF na busca do cuidado integral ao paciente; Vigilância em Saúde; Projeto Terapêutico Singular; Atendimento da demanda espontânea na ESF; Matriciamento.”*

Para Minayo e Sanches (1993), um trabalho de conhecimento social tem que atingir três dimensões: a simbólica, a histórica e a concreta. A dimensão simbólica contempla os significados dos sujeitos; a histórica privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico; e a concreta refere-se às estruturas e aos atores sociais em relação, mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere.

Desta forma ao expressar e avaliar as narrativas dos profissionais de Amparo envolvidos nesta pesquisa, observa-se que todos acreditam na proposta pedagógica do curso de Especialização da Família UNASUS/UNIFESP. Que perceberam o quanto foram sensibilizados cognitivamente e emocionalmente. Sendo que as mudanças no coletivo de trabalho é um processo dependente de espaços de reflexão entre todos profissionais da ESF, e da vontade da gestão em considerar a importância deste modelo para desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

Refletindo sobre as vertentes da Educação Permanente em Saúde e com aportes de Ceccim et al, (2004) apresento o mapa conceitual onde as vertentes: instituição de ensino, serviços, gestão e conselhos populares convergem para repensar todos os atores envolvidos e as relações estabelecidas para sedimentar os cenários de práticas da Atenção Primária à Saúde.

Em suma, segundo Deleuze e Guattari (1996), “*tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica*”. Nestes espaços as macro e micropolíticas estão desenhadas de forma entrelaçada e dinâmica, condicionando o pensar, agir e decidir dos vários segmentos e profissionais da saúde. Nesta rede articulada os caminhos da Educação Permanente em Saúde ganham significados, avanços e retrocessos.

Figura 6.1 – Mapa conceitual da Educação Permanente em Saúde.

“Existem Momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

Michel Foucault

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que não há processos educativos apolíticos ou sem intencionalidade. No processo de educação permanente vale ressaltar o caráter e o peso das decisões e vontades políticas da instituição de ensino e das políticas públicas adotadas e praticadas pela gestão dos serviços.

As políticas de Educação Permanente no Brasil, garantidas pela Constituição da República resgatam e fortalecem as possibilidades de integração entre ensino-serviço-gestão e comunidade. Torná-las factíveis depende de um conjunto de fatores que envolvem os atores sociais e o desenvolvimento de macro e micropolíticas nos diferentes territórios.

A macropolítica (gestão) e as questões estruturais dos municípios, diretamente ligadas ao processo de educação permanente devem ser revistas, na ótica dos serviços, pelos que desejem desenvolver processos dinâmicos e interativos mudando a práxis do trabalho, garantindo infraestrutura e assegurando que os conceitos/objetivos das capacitações possam ser implantados de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Pode-se observar que o Município de Amparo, interessado em revitalizar seus coletivos de trabalho investiu na inscrição e capacitação de seus profissionais para a Estratégia de Saúde da Família. Mudanças no cenário político podem ter interferido na efetivação e consolidação dos processos de trabalho aprendidos no curso.

O afeto no processo de ensino-aprendizagem cria laços e vínculos que implicam e afetam aqueles que se comunicam nos coletivos do serviço, estudam e refletem os processos de trabalho, e promovem transformações nas micropolíticas. Nesses espaços de decisões, a governabilidade e o empoderamento dos profissionais podem e devem fazer sentido para mudanças.

Nas narrativas apresentadas pelo grupo de cursistas de Amparo destacou-se como relevante a possibilidade de participar do Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP. Os conteúdos e a dinâmica de aprendizagem foram viabilizadas individualmente, e reforçadas pelo grupo de estudos que se reunia a cada

quinze dias para compartilhar reflexões, intenções e fortalecer a construção de um coletivo organizado.

Esses encontros auxiliavam as discussões em reuniões de equipe nos quais os profissionais estavam inseridos. As dúvidas eram compartilhadas facilitando o entendimento teórico, o delineamento de estratégias para enfrentamento de dificuldades, e os encaminhamentos de propostas viáveis ao município.

Algumas proposições que podem ser indicativas neste estudo:

- A Educação Permanente em Saúde no Brasil é uma estratégia legalmente amparada e constituída, devendo ser implementada pelos gestores nos níveis municipais, estaduais e federais.
- A filosofia dos cursos EAD na área da saúde deve estar alinhada com os propósitos da instituição de ensino, gestão, serviços e comunidade. De forma a garantir que os interesses e práticas sejam pactuados e efetivados para melhoria da qualidade de atenção à saúde.
- Os Conselhos de Saúde através do pleno exercício da cidadania devem participar deste processo, explicitando as aspirações de saúde da comunidade e possibilitando suporte político aos municípios.
- Os cenários de prática devem estar estruturados e possibilitar a implantação dos conteúdos apreendidos em ambientes favoráveis, sem os quais a vivência torna-se uma prática distante da teoria.
- Para os locais que optarem por capacitações em EAD, a garantia de acesso, conectividade, horários para estudos, boa conexão são atributos essenciais na consecução da proposta educativa.
- Criação de canais permanentes entre formadores e serviços, durante e após o término da capacitação. A finitude do processo pode fazer com que ao longo do tempo as iniciativas descobertas ou reinventadas no decorrer

do curso sejam esquecidas. O objetivo pode ser imortalizado nos projetos de intervenção e na aplicabilidade local.

- A pactuação local em torno da EPS propicia implicações e vínculos que desenvolvem coletivos inter-profissionais em atividades fortalecidas e articuladas.

O UNASUS/UNIFESP vem contribuindo de forma expressiva no desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. Em 2014 apresentou uma cobertura de aproximadamente 4000 profissionais da saúde capacitados no Curso de Especialização em Saúde da Família contextualizados em programas como o PROVAB Mais Médicos.

A realidade institucional está sempre em contradição, contém a afirmação e a negação, a aceitação e a crítica, num processo dinâmico que é o bojo das transformações. Quem dá vida a essas transformações são os atores sociais implicados nos seus coletivos de trabalho, e que em seus cotidianos de saúde transformam em realidade a difícil tarefa de conciliar e lidar com as contradições presentes na práxis de trabalho: teoria e prática; assistência e prevenção, custo e benefício, saúde e doença para efetivação do que compreendemos como “*Atenção Primária à Saúde*”.

O conhecimento é determinado, imbricado e implicado historicamente pela sociedade e as relações de poder que ela representa: sociedades libertárias educam para a criatividade, liberdade e crescimento e sociedades autoritárias educam para o medo, apatia e obediência.

Saber conviver com estes paradigmas e reconhecer quais formas optamos e praticamos nas nossas práticas em educação define nossas escolhas pedagógicas, sejam presenciais ou a distância, como educadores.

Aqueles que objetivam construir reflexão e transformar a práxis docente e de trabalho têm a responsabilidade compartilhada, entre vários espaços institucionais, de “criar oportunidades de aprendizado e possibilitar práticas comprometidas politicamente nas esferas federais, estaduais e municipais.

A photograph of a long suspension bridge stretching into a dense green forest. The bridge has a wooden deck and metal railings, and it is surrounded by lush green trees and foliage. The word "REFERÊNCIAS" is written in a stylized, bold, black font across the middle of the image.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

ABED - Associação Brasileira de Ensino A Distância Censo EAD.BR: Relatório Analítico da Aprendizagem a Distância no Brasil 2012; Curitiba: Ibpex, 2013.

[Citado 12 fev 2014]. Disponível em:

http://www.abed.org.br/censoead/censoEAD.BR_2012_pt.pdf .

Almeida MEB. Educação a distância na Internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. Educ Pesq. 2003;29(3):327-40.

Alves ED. O agir comunicativo e as propostas curriculares da enfermagem brasileira. Santa Catarina: UFSC; 2000.

Alves L. Educação a distância: conceitos e história no Brasil e no mundo. Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância, Rio de Janeiro: 2011; 10. [Citado 14 mar 2013]. Disponível em:

http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista_PDF_Doc/2011/Artigo_07.pdf .

Amparo. Prefeitura Municipal de Amparo Estância Hidromineral, A Cidade de Amparo, Histórico. 2014. [Citado 29 mar 2014]. Disponível em:

<http://www.amparo.sp.gov.br/node/1>

Anderson T, Rourke L, Garrison DR, Archer W. Assessing teaching presence in a computer conferencing context. Journal of Asynchronous Learning Networks. 2001: 5 (2); 1-17.

Anderson LW, Krathwohl DR. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Addison Wesley Longman; 2001.

Argyris C. Indivíduos dentro da Organização. Barcelona: Herder; 1991.

Argyris C. Como vencer Barreiras Organizacionais. Barcelona: Herder; 1993.

Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. Cienc Odontol Bras. 2007 jul-set; 10 (3): 53-60.

¹ De acordo com o Estilo Vancouver.

Bordenave JD. Estratégias de ensino-aprendizagem. 10 ed. Petropolis: Vozes; 1988.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº. 8080. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

Brasil. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23, dez. 1996, Seção 1, p. 27839. [Citado 02 fev 2012]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm

Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 34p

Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação. Brasília(DF) ago. 2001. [Citado 15 jan 2013]. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=258&Itemid=>

Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3 de 4 de março de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação Diário Oficial da União. Brasília, DF, mar. 2002. Seção 1, p.10.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004a. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004. [Citado 15 jan 2013]. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>

Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde . Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente

em saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2004b.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Nº 4.361, 29, Dezembro, 2004c (DOU Brasília 30, dez, 2004. Seção 1, p 66/67). [Citado 02 mar 2013]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/port_4361.pdf.

Brasil. MEC. Secretaria de Educação a Distância. Decreto Nº 5.622, De 19 de Dezembro de 2005. Brasília (DF), 2005. [Citado 02 fev 2012]. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seed>. [02, fev, 2012].

Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão Portaria Ministério da Saúde no 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília (DF), 2006a. [Citado 02 fev 2012]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

Brasil. Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006 da Educação Superior no Sistema Federal de Ensino. Brasília (DF), 2006b. [Citado 02 mar 2013]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5773.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica 17. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006c. [Citado 02 mar 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf

Brasil. Decreto 5.800 de 08 de junho de 2006. Brasília (DF): 2006d. [Citado 28 ago 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5800.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007a.

Brasil. Decreto nº 6.303, de 12 de dezembro de 2007. Brasília (DF), 2007b. [Citado 02 mar 2013]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/decreto/D6303.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jan. 2007c. [Citado 02 mar 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007.html

Brasil. Ministério da Saúde Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília – DF 2009a. [Citado 02 fev 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Nº 10, de 02 de julho de 2009. Fixa critérios para dispensa de avaliação in loco e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2009b. Seção 1, p. 17. [Citado 02 mar 2012]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/portaria10_seed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde para apoio à estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Bolsa do Telessaúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 fev 2010a. [Citado 02 mar 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.325 de 28 de maio de 2010 Institucionalização do UMA-SUS e criação do Colegiado Institucional e uma Secretaria Executiva com integrantes o Ministério da Saúde, Fiocruz e OPAS, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 maio. 2010b. [Citado 23 mar 2013]. Disponível em: http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/ms_portaria_1325_2010_1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e Amplia o Programa Telessaúde Brasil que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 out. 2011. [Citado 02 mar 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011_comp.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Atenção Básica, Comunidade de Práticas. Brasil, 2014a. [Citado 12 ago 2014]. Disponível em: [https://cursos.atencaobasica.org.br/comunidades?f\[0\]=field_topics%3A288](https://cursos.atencaobasica.org.br/comunidades?f[0]=field_topics%3A288)

Brasil. Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), o Portal Saúde Baseada em Evidências. Brasil 2014b. [Citado 14 set 2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>

Brasil. Ministério da Educação Universidade Aberta do Brasil (Capes/MEC). Brasil 2014c. [Citado 20 out 2014]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12265&Itemid=511

Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Bol Saúde. 2004;18:175-84.

Ceccim RB, Armani TB, Cristianne Famer Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil Ciênc Saúde Col 2002;7(2):373-83.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev Saúde Col. 2004;14(1):41- 65.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic. Saúde, Educ. 2004/2005;9(16):161-77.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Col, 2005 out/dez;10(4):975-986.

Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades Rev Cienc Saúde, 2008 jan/jun;1(1):9-23.

Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na educação permanente dos recursos humanos na saúde. Cap 3 in BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (serie B – Textos Básicos de Saúde) Série Pactos pela Saúde, v 9, 2009.

Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. 3º ed. Trad. Guerra Neto A, Oliveira AL, Leão LC, Rolinik S. Rio de Janeiro. Ed.34, 1996.

Destro MRP. Educação continuada: visão histórica e tentativa de contextualização. Cad Cedes Educ Continuada 1995;(36):21-7.

Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. [Citado 27 out 2013]. Disponível em: <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17ed. Editora Paz e Terra; 1983.

Freire P. Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa. 36ed. Editora Paz e Terra; 1996

Garcia Aretio L. Resistencias, cambio y buenas prácticas em la nueva educación a distancia. Rev Iberoamerican Educación Distancia. 2002 dez. 5(2):9-36. [Citado 25 jul 2012]. Disponível em: www.uned.es/catedraunesco-ead

Garrison DR, Anderson T, Archer W. Critical inquiry in a text-base environent: Computer conferencing in higher education. Internet Higher Education. 2000;2(2-3): 87-105.

Garrison DR, Cleveland-Innes M. Facilitating cognitive presence in online learning: interaction is not enough, Am J Distance Education. 2005;19(3):133,148

Garrison DR. Online Communith of Inquiry review: Social cognitive and teaching presence issues. Asynchronous Learning Networks. 2007;11(1):61-72.

Gouvêa G, Oliveira CI. Educação a Distância na formação de professores: viabilidades, potencialidades e limites. 4. ed. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2006.

Greenhow C, Robelia B, Hughes J. Learning, teaching and scholarship in a digital age: Web 2.0 and classroom researtch: What part should we take now? Educational Res. 2009;38:246-59.

Groisman S, Moraes NM, Chagas LJ. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Cad Aboprev. 2005;1-8.

Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.

Holmberg B. Educación a distancia: situación y perspectivas. Buenos Aires: Kapeluz; 1985.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. [Citado 29 mar 2014].

Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350190&search=sao-paulo|amparo>

Kanuka H, Garrison DR. Cognitive presence in online learning. J Computing Higher Educ. 2004;15(2):30-49.

Keegan D. Foundations of distance education. 3 ed. London: Routledge: 1996.

Kitzinger J, Barbour RS, organizadores. Developing focus group research: politics, theory and practice. London (UK): Sage; 1999.

Knowles MS. The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy. 2ª ed. New York: Association Press; 1980.

Krathwohl DR. A revision of Bloom's taxonomy: an overview. Theory Practice. 2002;41(4):212-8.

Krueger RA. Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research. Newbury Park: Sage; 1988.

Landim CMMPF. Educação a distância: algumas considerações. Rio de Janeiro: Edição do Autor; 1997.

Leal RB. A importância do tutor no processo de aprendizagem à distância. Rev Iberoamericana Educ, Buenos Aires. 2005 jun;36(3):73-84

Lévy P. Cibercultura. São Paulo, Editora 34; 2010.

Libâneo JC. Pedagogia e pedagogos, para que? 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Libâneo JC. Democratização da Escola Pública a Pedagogia Crítico-social dos conteúdos. 21ed. São Paulo: Loyola; 2006.

Machado LD, Machado EC. O Papel da Tutoria em Ambientes de EAD, abril 2004. [Citado 13 jul 2013]. Disponível em:
<http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/022-tc-a2.htm>

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Pública, jul/set, 1993; 9 (3): 239-62.

Minayo MCS. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Triangulação de Métodos: Avaliação de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

- Minayo MCS. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. Rev Bras de Educ Médica. 2009;33(1 Supl. 1): 83-91.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(3):621-26.
- Mizukami MGN. Ensino: As abordagens do processo. EPU; 1986.
- Moodle. Modular Object Oriented Distance Learning. Documentos e manuais oficiais do Moodle – 2014. [Citado 25 fev 2013]. Disponível em: https://docs.moodle.org/20/en/Main_page
- Moore M, Kearsley G. Distance education: a systems view. Belmont: Wadsworth Publishing Co; 1996.
- Mugnol M. Educação a distância no Brasil: conceitos e fundamentos. Rev. Diálogo Educ. 2009, maio/ago; 9(27):335-49.
- Nakamura R. Moodle Como criar um curso usando a plataforma de Ensino a distância. São Paulo: Farol do Forte; 2008.
- Narvai PC. Saúde: Governo Transgênico? Rev Adusp. 2003; (29):28-33.
- Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade.. Rev Saúde Pública. 2006; 40(N Esp):141-7.
- Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 Fev; 24(2): 241-6.
- Niskier A. Educação à distância: a tecnologia da esperança: políticas e estratégias para a implantação de um sistema nacional de educação aberta e à distância. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
- Nova C, Alves L. Educação à distância: limites e possibilidades. São Paulo: Futura; 2003.
- Oliveira MAN. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios Rev Bras Enferm. 2007 set-out; 60(5):585-9.

Oriogun PK. Towards understanding online learning levels of engagement using the SQUAD approach to CMC discourse. *Aust J Educ Technology*. 2003;19(3);371-387.

Ortiz MCL, Ribeiro RP, Garanhani ML. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. *Cogitare Enferm*. 2008 Out/Dez; 13(4):558-65

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 473-87.

Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev Espaço Saúde*. 2006 Dez; 8(1):13-9.

Pêcheux M. *Semântica e discurso*. Campinas: Unicamp; 1988.

Piaget J. *O nascimento da inteligência na criança*. 3ªed. Rio de Janeiro: Zahar;1978.

Picciano AG. Beyond student perceptions: Issues of interaction, presence and performance in na online course. *Asynchronous Learning Networks*. 2002;6(1): 21-40.

Pfeiffer C, Silva RL, Ferreira A, Crapez M, Spanhol FJ. Inovando a prática docente através do uso de ferramentas web 2.0 Rio de Janeiro – maio 2011 Trabalho apresentado no 17 Congresso da ABED, Manaus, 2011. [Citado 12 mai 2014]. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2011/cd/241.pdf>

Polignano MV. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [Citado 11 mai 2012]. Disponível em: <http://www.faq.edu.br>

Portillo JAC, Freitas BC. *Saúde bucal na estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Catamaram; 2002.

Riano MBR. La evaluación em Educación a distancia. *Rev Bras Educ Distância*. 1997; IV(20):19-35.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-Am Enferm*. 2004 Ago; 12(4):658-64.

Rodrigues RCV, Peres HHC. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem *Online*. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):298-304.

- Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2000.
- Sá I. Educação a distância: processo contínuo de inclusão social. Fortaleza: CEC; 1998.
- Sant'anna F, Andre LC, Turra CMG, Ericone D. Planejamento de ensino e avaliação. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto; 1988.
- Santos SAS, Meneghim MC, Pereira AC. Organization of demand and satisfaction level evaluation for professionals and users in the dental health service of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil. Rev Odontol UNESP. 2007; 36(2): 169-74.
- Saviani D. Escola e democracia. Edição Comemorativa. Campinas: Coleção Educação Contemporânea; Autores Associados; 2008.
- Schwartzman UP, Batista KT, Alves ED. Os saberes (des) complicados para educação à distância em saúde Com. Ciências Saúde. 2009; 20(3): 265-70.
- Scrimshaw S, Hurtado E. Anthropological Approaches for Programmers Improvement. Los Angeles: University of California Press; 1987.
- Skinner BF. About Behaviorism. New York: Vintage Books; 1974.
- Souza DJ, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev Bras Odontol Saúde Col. 2001; 2:7-29.
- Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Sup 1):S100-S10.
- Souza TMSS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007; 23: 2727-39.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

Swan K, Shih LF. On the nature and development of social presence in online course discussions. *Asynchronous Learning Networks*. 2005;9(3):115-36.

Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1999. v. 2. (Série Saúde & Cidadania).

Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Implementação e avaliação do módulo à distância Administração de medicamentos. *Cogitare Enferm*. 2007 Abr/ Jun;12(2): 222-8.

Teodoro GL, Rocha LCD. Moodle- manual do professor. Belo Horizonte: UFMG; 2007.

Tu CH, McIsaac M. The relationship of social presence and interaction in online classes. *Am J Distance Educ*. 2002;16(3): 131-50.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-14.

Vasconcelos SPG. Educação a Distância: histórico e perspectivas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). 2010 [Citado 08 jan 2014]. Disponível em: <http://www.filologia.org.br/viiiifelin/19.htm>

Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev Saúde Col*. 2005; 15(Suplemento): 225-64.

Vieira JE. Definição de necessidades sociais para o ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2003;2(27):153-7.

Vygotsky LS. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Zilbovicius C. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [tese]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2007.

ANEXO A - Portaria No 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro**

Portaria No 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004.

**Institui a Política Nacional de Educação
Permanente em Saúde como estratégia do
Sistema Único de Saúde para a formação e o
desenvolvimento de trabalhadores para o setor
e dá outras providências.**

(Portaria nacional de educação permanente em Saúde)

PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando a necessidade do gestor federal do Sistema Único de Saúde formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde;

Considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva;

Considerando a aprovação da proposta do Ministério da Saúde de “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 04 de setembro de 2003;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003, onde a Educação Permanente constou como viabilidade por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão);

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003; e

Considerando a Resolução do CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais/regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Parágrafo único. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de:

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;

VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e

VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País.

Art. 2º Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS:

I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;

II - instituições de ensino com cursos na área da saúde;

III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;

IV - núcleos de saúde coletiva;

V - hospitais de ensino e serviços de saúde;

VI - estudantes da área de saúde;

VII - trabalhadores de saúde;

VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e

IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Parágrafo único. Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões.

Art. 3º O Colegiado de Gestão de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 4º Nos Estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais.

Parágrafo único. Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Pólos.

Art. 5º Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento.

Parágrafo único. A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada Estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS;

Art. 6º A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde.

§1º A primeira distribuição de recursos federais será feita de acordo com os critérios e a tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Anexo I desta Portaria), pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004, será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição da próxima distribuição.

§2º A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Pólo, CIB e CES de cada Estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente.

Art. 7º Os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as “Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor” (Anexo II desta Portaria), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído.

Art. 8º É constituída uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde, que tem como papel fundamental a pactuação em torno das diretrizes políticas gerais e a formulação de critérios para o acompanhamento e a ressignificação dos projetos existentes, bem como para a análise dos novos projetos, sua avaliação e acompanhamento, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (das Secretarias, Agências ou da FUNASA do MS), do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO I																		
Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde																		
Critérios e valores para Primeira Distribuição de Recursos do Ministério da Saúde para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde																		
F / RP *	Critérios para Alocação dos Recursos																	
	População dos Municípios em Gestão Plena (C1)		Equipe Saúde Família (C2)		Nº Conselheiros de Saúde (C3)			Concentração Equipamentos de Ensino*** (C4)		Unidades de Saúde ** (C5)		População Total 2002 (C6)		Cursos da Área da Saúde (C7)		Coeficiente Estadual - CE	Teto Recursos	
	eso	oef.	º ES F	oef.	º	eso	oef.	º	oef.	eso	oef.	essoas	oef.	º	oef.		m R\$ 1,00	Dist.
C		,016	7	,005	20		,016		,126	17	,005	86.942	,003	0	,004	,027	.073.636	,68
M		,033	11	,017	.130		,032	0	,030	73	,016	.961.801	,017	0	,017	,024	70.294	,43
P		,033	4	,002	56		,016		,085	79	,008	16.511	,003		,002	,024	44.645	,36
A		,066	57	,020	.892		,032		,038	96	,042	.453.683	,037	0	,013	,038	.531.678	,83
O		,049	12	,006	54		,016		,032	63	,028	.431.777	,008	8	,008	,024	49.015	,37
R		,033	2	,004	47		,016		,150	3	,004	46.871	,002		,000	,033	.320.677	,30
O		,033	78	,015	.804		,032		,034	8	,003	.207.014	,007	1	,009	,021	46.161	,12
	6	,262	.251	,069	.503	0	,161	0	,495	.489	,106	3.504.599	,077	24	,054	,191	.636.106	9,09
L		,033	03	,033	.844		,032		,030	25	,010	.887.535	,017	7	,012	,026	.049.622	,62
A		,033	.003	,055	.896		,032	4	,015	.120	,090	3.323.212	,076	9	,030	,047	.892.435	,73
E		,049	.251	,069	.118		,032	0	,028	.166	,050	.654.535	,044	8	,017	,045	.807.764	,52
A		,049	73	,037	.930		,048		,044	.064	,045	.803.224	,033	6	,011	,042	.670.153	,18
B		,033	59	,047	.040		,048	2	,023	56	,019	.494.893	,020	1	,014	,032	.294.171	,24
E		,033	.195	,066	.736		,048	9	,018	03	,038	.084.667	,046	2	,018	,041	.637.554	,09
I		,016	35	,040	.339		,032		,030	53	,019	.898.223	,017	4	,024	,026	.058.395	,65
N		,033	36	,029	.512		,032		,044	86	,025	.852.784	,016	1	,009	,030	.188.198	,97
E		,016	98	,022	.522		,032		,085	36	,010	.846.039	,011	0	,009	,028	.129.070	,82
E	8	,295	.253	,398	5.937	1	,339	8	,318	.209	,306	8.845.112	,280	28	,143	,318	2.727.362	1,82
F		,066	0	,001	60		,016	6	,019	0	,003	.145.839	,012	6	,020	,021	51.276	,13

O		,033	41	,046	.874		,048	5	,019	34	,018	.210.335	,030	4	,024	,033	.315.424	,29
S		,033	32	,013	.572		,032	1	,028	45	,010	.140.624	,012	7	,020	,022	78.247	,20
T		,033	59	,020	.544		,032		,044	86	,025	.604.742	,015	7	,012	,028	.110.020	,78
O	0	,164	.452	,080	.550		,129	8	,110	.335	,057	2.101.540	,069	74	,076	,104	.154.967	0,39
S		,066	26	,018	.408		,032	5	,019	54	,028	.201.722	,018	3	,023	,032	.264.021	,16
G		,033	.442	,134	6.334		,065	8	,006	.380	,144	8.343.517	,105	61	,114	,082	.268.690	,17
J		,049	76	,048	.674		,032	2	,010	35	,040	4.724.475	,084	29	,100	,045	.807.192	,52
P		,066	.017	,111	2.956		,065	85	,005	.511	,107	8.177.742	,219	49	,283	,098	.908.499	,77
E	3	,213	.661	,311	2.372	2	,194	30	,041	.480	,318	4.447.456	,426	.192	,520	,256	0.248.401	5,62
R		,016	.129	,062	.416		,065	9	,010	.844	,078	.798.006	,056	01	,088	,049	.944.154	,86
S		,016	22	,029	.992		,065	1	,013	.665	,071	0.408.540	,060	69	,074	,041	.636.004	,09
C		,033	49	,052	.642		,048	2	,014	.500	,064	.527.707	,032	05	,046	,041	.655.233	,14
		,066	.600	,143	8.050	1	,177	02	,037	.009	,213	5.734.253	,147	75	,207	,131	.235.392	3,09
R	1	,000	8.217	,000	3.412	2	,000	18	,000	3.522	,000	74.632.960	,000	.293	,000	,000	0.000.000	00,00

* UF = Unidade Federada e RP = Região Política
Calculo para nº
Conselheiros/peso

** Postos e Centros de Saúde
Memória de Calculo

*** Instituições de Ensino com Curso de Saúde (MEC) + ETSUS + ESP - Inverso até o Limite/teto 0,0150

0 3461 - DEV.M 20*(C1+C2)+15*(C3+
- 1031 5890 3 ÉDIO C4+C5)+10*(C6)+5*(C7)
1
032 -
3460 5891 4 MEDA 100

ANEXO II

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1 1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes

para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;

- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;
- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;
- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locais e regionais;
- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutive.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locais/regionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da local/regionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção local/regional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as “locorregionalizações”.

2 2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado – áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);

II - estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);

III - configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;

IV - constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;

V - estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

VI - comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII - estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;

VIII - constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX - referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;

X - reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta.

Pode contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma Secretaria Executiva, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de “filiação” a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, comitês temáticos, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartilhar o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os

segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3. Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;

II - induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);

III - Formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);

IV - formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);

V - estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4. Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725
70058-900 - Brasília /DF
Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862
e-mails: degex@saude.gov.br / sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

I - apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II - apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

III - apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;

IV - explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V - explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI - explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII - explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

VIII - anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de término de cada ação), plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site:

<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinaciamento.asp>

Anexos – Formulários e Instruções de Preenchimento

IX - anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;
- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;
- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;
- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;
- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.
- Mais informações:

<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp>

Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada localidade (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de equidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subsequentes.

Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito local não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da “vida real” nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

I - população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);

II - número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);

III - número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).

IV - inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);

V - número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);

VI - população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por Estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): $CE = 20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7$ 100		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos Estados:

I - população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;

II - número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;

III - número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre “setores” municipais;

IV - inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);

V - número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;

VI - população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre “setores” municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base per capita, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um País de Todos.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;
2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;
3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III - Atividades:

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;
- Estruturação de recursos e programas de educação à distância;
- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2. Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatorios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;
2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
3. Residências Integradas em Saúde;
4. Pós-Graduação;
5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;
6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;
8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);

9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);
10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;
11. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;
12. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;
- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;
- Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Formação de outros técnicos em saúde;
- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;
- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);
2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;
3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;
4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;
6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;
7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

III – Atividades:

- Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;
- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;
- Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;
- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I – Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;
2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;
3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;
4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III –Atividades:

- Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;
- Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);
- Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;
- Especialização em educação de profissionais de saúde;
- Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;
- Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;

- Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

<ul style="list-style-type: none">- Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.- Os documentos estarão à disposição também no site www.saude.gov.br/sgtes.- Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.

ANEXO – B – Temas de Unidade de Conteúdo e de Caso Complexo

Temas das Unidades de Conteúdo do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família UNA-SUS / UNIFESP.

Unidades de conteúdos	
1	Processo saúde-doença - Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local; - Realizar entrevistas e abordagem dos usuários e famílias, conhecendo as técnicas de comunicação terapêutica; - Interpretar e organizar as informações coletadas para a formulação de hipóteses e dos problemas de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, de forma ética, visando a elaboração de planos de cuidado que considerem a utilização dos recursos sociais disponíveis, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população; - Identificar os diferentes processos sociais, culturais, comportamentais, biológicos, entre outros, que interferem na dinâmica dos problemas de saúde de indivíduos, famílias e comunidade.
2	Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde - Apresentar e aprofundar os conceitos sobre promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; - Entender a importância de responsabilizar-se pela população adscrita, e manter a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.
4	Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde - Entender o SUS como um sistema de saúde advindo de um processo histórico de reforma sanitária e redemocratização do país que culmina nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal de 1988; - Conhecer os princípios do SUS e a importância dos mesmos como eixos organizadores do sistema; - Conhecer os níveis de atenção e a importância da amplitude de ações que a hierarquização do sistema permite; - Entender a importância da municipalização do sistema tendo o município como principal gestor do sistema; - Conhecer os avanços, problemas e desafios que o sistema apresenta em suas dimensões geofísicas, sociais, políticas e econômicas .
5	A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS - Conhecer os princípios da atenção primária à saúde e sua importância no contexto de um sistema de saúde como o SUS; - Debater os conceitos fundamentais da ESF como opção de estruturação prioritária da atenção básica no SUS; - Apontar as principais diferenças com o modelo clássico e propostas de mudanças no sistema de atenção proposto pela ESF; - Apropriar-se de conceitos como territorialização, população adscrita e trabalho em equipe multidisciplinar com a devida análise crítica; - Promover um diálogo pedagógico entre aos conceitos teóricos apresentados e as respectivas realidades de trabalho nos diversos municípios.

7	Participação social
	<ul style="list-style-type: none"> - Entender a participação social no SUS como parte inerente do sistema de saúde; - Conhecer os canais de participação social no SUS e sua importância nas esferas governamentais; - Compreender a participação social como instrumento de verificação e fiscalização das esferas de poder bem como de escuta ampliada em termos de necessidades de saúde e planejamento de ações voltadas a atender estas necessidades.
9	Educação em saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o papel de educador em saúde do profissional da equipe da ESF; - Conhecer as principais abordagens pedagógicas no processo de aprendizagem e adaptá-las ao cotidiano da equipe; - Entender o processo de educação permanente como parte do trabalho individual e em equipe, adaptando este conceito ao processo de trabalho na ESF.
11	Vigilância em saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar o debate acerca da Vigilância em saúde como elemento importante de um sistema de saúde; - Entender a multiplicidade do conceito de vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária); - Reforçar o conceito de vigilância epidemiológica como fator fundamental no monitoramento de agravos e respectivas ações de planejamento, prevenção e tratamento.
13	Sistemas de informação
	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar o debate acerca dos Sistemas de Informação do SUS e da importância do mesmo para planejamento de ações; - Conhecer as fichas cadastrais utilizadas pelas equipes na Estratégia Saúde da Família; - Apropriar-se dos resultados das fichas com intuito de fazer um diagnóstico situacional do processo saúde-doença da família e propor ações de equipe para intervenção na mesma e no território adscrito
14	Gestão de serviços de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a dinâmica de planejamento da assistência na ESF bem como questões que se referem ao processo de organização das equipes e da gestão dos serviços na atenção básica, englobando ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação; - Aprofundar conhecimentos a respeito de instrumentos legais de organização da ESF, bem como noções básicas de repasse financeiro para a estruturação dos serviços nos municípios.
15	Gestão da prática clínica Prática Clínica na Estratégia Saúde da Família – Organização e Registro Prática Clínica do Enfermeiro Práticas de Saúde Bucal
	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar o debate acerca da assistência integral na ESF; - Debater sobre as principais mudanças necessárias na prática clínica visando uma assistência integral numa perspectiva multiprofissional; - Entender a assistência e o trabalho clínico como parte da estratégia de atenção à saúde.
18	Bioética
	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar os conceitos de Bioética e seus princípios; - Propiciar um questionamento entre os participantes sobre suas práticas como profissionais à luz dos conceitos de bioética; - Apresentar a repercussão do conceito de bioética no contexto da ESF através dos principais dilemas bioéticos que influenciam as práticas profissionais e a atenção na perspectiva da saúde pública brasileira.
22	Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade

	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família à dimensão psicológica nos cuidados prestados na Atenção Primária à Saúde, de modo a potencializá-los à prática da integralidade; - Clarificar ao especializando os fenômenos que advém da relação profissional de saúde e paciente, familiarizando-os com os aspectos transferenciais, contratransferenciais e os mecanismos de defesa comuns nesta relação; - Ressaltar a importância e o papel terapêutico que o profissional da atenção primária tem na abordagem de pessoas com sofrimento psíquico, mostrando os elementos terapêuticos do vínculo, por meio de um esquema prático e aplicável na rotina diária de trabalho neste nível de atenção; - Enfatizar a atenção que o cuidador deve ter em avaliar a percepção que o paciente tem ou não do seu processo de adoecimento, desenvolvendo uma abordagem biopsicossocial voltada não só a tratamento, mas também a prevenção, inclusive evitando possíveis ações iatrogênicas.
24	Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa
	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a confiabilidade das informações na interação com os outros profissionais e com os usuários. - Ter conhecimentos e habilidades com as técnicas de comunicação, realização de entrevistas e abordagem dos usuários e famílias, conhecendo as técnicas de comunicação terapêutica. - Desenvolver as habilidades de comunicação necessárias ao cuidado de pessoas com diferenças culturais em relação ao próprio médico; - Estar habilitado à prática clínica centrada na pessoa. - Elaborar projetos terapêuticos familiares, visando a intervenção resolutiva e humanizada, para impactar indicadores epidemiológicos e gerar confiança e satisfação dos usuários cidadãos; - Desenvolver tecnologias "leves" (relacionais), na perspectiva da clínica ampliada com famílias.
26	Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial
	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a confiabilidade das informações na interação com os outros profissionais e com os usuários. A comunicação envolve comunicação verbal e não-verbal e habilidades de escrita e leitura, bem como, o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e das tecnologias de comunicação e informação; - Interpretar e organizar as informações coletadas para a formulação de hipóteses e dos problemas de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, de forma ética, visando a elaboração de planos de cuidado que considerem a utilização dos recursos sociais disponíveis, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população; - Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; - Elaborar projetos terapêuticos familiares, visando a intervenção resolutiva e humanizada, para impactar indicadores epidemiológicos e gerar confiança e satisfação dos usuários cidadãos.
28	Violência na prática diária em saúde da família
	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar e capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família para a questão da violência: como se dá, como percebê-la, preveni-la, como acolher e dar assistência às pessoas que sofreram qualquer tipo de violência. - Levar os profissionais a facilitarem o acesso ao atendimento e encaminhamento para serviços de PS e garantir a contracepção de emergência nas UBS e nos serviços especializados. - Formar uma rede de atendimento e acolhimento para mulheres, crianças, idosos e homossexuais, que sofrem ou sofreram violência, até a "reconstrução" da sua auto-estima e do seu retorno ao meio social, independente de idade, cor, raça ou classe socioeconômica.
30	Aspectos legais da violência sexual e doméstica
	<p>Aspectos legais da violência sexual e doméstica</p> <p>A violência contra as pessoas</p> <p>Lei do aborto</p> <p>O Código de Ética Médica</p> <p>Crimes contra a dignidade sexual</p> <p>Notificação compulsória</p>

	Lei Maria da Penha
	http://www.unasus.unifesp.br/
	Temas das Unidades de Caso Complexo do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família UNA-SUS / UNIFESP.
Unidades de Casos Complexos	
3	Cachoeira da Serra I: conhecendo o território e seu processo saúde-doença
	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o perfil de Cachoeira da Serra, município cenário dos casos complexos que serão debatidos no curso; - Compreender o processo saúde/doença do território; - Conhecer os distritos de Cachoeira da Serra como exercício de apropriação dos possíveis determinantes sociais de território, sendo o cenário do sistema de saúde municipal, necessidades da população e possibilidades de intervenção na promoção, prevenção e assistência à saúde.
6	Cachoeira da Serra II: conhecendo o sistema de saúde local
	<ul style="list-style-type: none"> - Articular os conceitos aprendidos nas Unidades 4, 5 e 6 com o perfil dos cenários expostos de Cachoeira da Serra; - Reconhecer a realidade de cada equipe de Saúde da Família e sugerir ações de acordo com cada território (perfil sócio-geográfico e epidemiológico) e realidade de cada serviço; - Complementar conceitos sobre SUS e ESF que possam surgir dos debates e do texto referência e estimular a pesquisa de outras informações.
8	Ilha das Flores
	Lesões traumáticas Acidente de trabalho Cancer bucal Vulnerabilidade Social e agravos a saúde: hepatite e outros Feridas
10	Maria do Socorro
	Abortamento e pré-natal Gestação e HIV Acolhimento Maus-tratos Tabagismo
12	Vila Santo Antônio
	Abordagem da dependência química Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária Saúde bucal Tosse crônica e tuberculose
16	Samuel
	Disfunção erétil Violência doméstica Diabetes tipo 2 Obesidade Dor articular Doenças periodontais Núcleo familiar em luto Pé diabético
17	Danrley e Darlene
	Aleitamento materno Depressão no puerpério Icterícia neonatal Puericultura
20	Dona Margarida

	Incotinência urinária e infecção do trato urinário Odontologia geriátrica Saúde do idoso e demência Atenção domiciliar Varizes
23	Sandra e Sofia
	Saúde da criança Saúde Bucal na infância Saúde Mental na Atenção Primária
25	Sérgio
	Especificidades da Atenção Primária Doenças Periodontais Síndrome Metabólica
27	Amélia
	Saúde integral e sexualidade Saúde bucal Saúde da mulher Saúde Mental e APS: Transtornos mentais graves
29	José Clemente
	Avaliação odontológico Envelhecimento Queda nos idosos Úlceras por pressão Violência contra idosos Declínio funcional nos idosos
31	Wilson
	Transtornos mentais na infância: TDAH Abuso sexual na criança Anemia ferropriva Enurese e dor abdominal na criança Trauma dental
32	Natasha
	Abordagem do adolescente Contracepção Dispepsia Cefaleia Saúde Bucal Síndrome do respirador bucal

<http://www.unasus.unifesp.br/>

ANEXO - C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de ESF na organização dos serviços.

Pesquisador(es) responsável(is): Maristela Vilas Boas Frattucci

Instituição/Departamento: Faculdade de Odontologia da USP

Telefone para contato:(11) 99607-2381

Local da coleta de dados: Município de Amparo/São Paulo

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: O objetivo do presente estudo é conhecer e explicar a vivência dos alunos da Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP-2º oferta do município de Amparo no processo de ensino-aprendizagem através do ensino a distância e avaliar o impacto desta capacitação no trabalho em equipe e organização dos serviços.

Procedimentos. Sua contribuição nesta pesquisa consistirá apenas na participação dos grupos focais presencialmente ou por plataforma moodle emitindo sua opinião referente ao aprendizado no curso, mudanças na organização dos serviços e impacto sobre as propostas implementadas no município.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas com grande valia para as propostas desenvolvidas na área da saúde do município de Amparo.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas da pesquisadora responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados

em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

O presente projeto atende as determinações da Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde) e do Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP, sendo aprovado segundo protocolo: _____ em ____/____/ 2013.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na **Pesquisa** “*Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de ESF na organização dos serviços*” no município de Amparo e me comprometo a responder o questionário proposto.

Data ____/____/____

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão
dactiloscópica

Pesquisador

Maristela Vila Boas Frattucci

Assinatura

ANEXO - D Parecer de Aprovação do CEP – FOU SP

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de ESF na organização dos serviços.

Pesquisador: Maristela Vilas Boas Frattucci

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18877013.0.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.785

Data da Relatoria: 20/09/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como foco de análise o ensino à distância como ferramenta para a capacitação em serviço de profissionais do Sistema Único de Saúde, alunos de curso de especialização em saúde da família.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e explicar a vivência de alunos do curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela UNASUS/UNIFESP, sobre o processo de ensino-aprendizagem por meio do ensino à distância e avaliar o impacto desta capacitação no trabalho em equipe e na organização dos serviços. Método de pesquisa qualitativa, adequada à proposta, que busca estabelecer a percepção dos alunos com relação à metodologia, técnica, estratégias de aprendizagem e impactos sobre o serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos participarão de entrevistas via chats eletrônicos, com riscos mínimos implicados. Não há relação explícita de subordinação desses alunos à pesquisadora. Como benefícios destaca-se o aprimoramento da modalidade do ensino à distância.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado que pretende revelar se competências e implementação de práticas

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

CEP: 05.508-900

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 401.785

transformadoras do processo de trabalho em saúde podem ser adquiridas por meio de cursos à distância, o que pode contribuir para o avanço da educação permanente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi apresentado e está de acordo com os preceitos para a participação dos sujeitos de pesquisa. Foram ainda anexados o projeto de pesquisa na íntegra e uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, dando ciência e autorizando a pesquisa com funcionários municipais.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em contato com pesquisador, foi explicado que apenas os funcionários do município de Amparo participarão da pesquisa, conforme autorização anexada. O que justifica a não apresentação da carta de autorização do órgão competente do município de Diadema, conforme solicitado no parecer inicial.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:
Maria Gabriela Haye Blazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO – E - INQUÉRITO – PESQUISA DE DOUTORADO Alunos**Inquérito 1 - Alunos**

Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de ESF na organização dos serviços.

Inquérito Inicial – agosto 2013

Inquérito	Descrição
Nome	
Idade	
Sexo	
e-mail	
Telefone / Celular	
Graduação / ano	
Especialização / ano	
Mestrado / ano	
Doutorado / ano	
Carga horária prefeitura de Amparo	
Quanto tempo você trabalha na prefeitura de Amparo?	
Local	
Cargo	
Em Amparo trabalhou em outros cargos diferentes?	

Você trabalha em outros locais? Quais?	
Você já tinha experiência com EAD? Que curso e quando?	
Qual sua Avaliação com relação ao seu desempenho no curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS	
Qual sua Avaliação com relação ao curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS	
Qual sua Avaliação com relação às mudanças ocorridas no seu serviço em Amparo após a conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS	
Quais são suas expectativas de participação nesta pesquisa?	
Qual o melhor dia da semana e horário para participar do grupo no Moodle.	

Inquérito 2 – outubro 2014

INQUÉRITO – PESQUISA DE DOUTORADO - Alunos

**Este Inquérito tem a finalidade de dar continuidade à pesquisa:
Ensino a distância com estratégia de educação permanente em saúde: impacto
da capacitação da equipe de ESF na organização dos serviços**

Considerando o curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS / UNIFESP realizado por vocês em 2011-2012 responda:

- 1) Qual foi sua percepção da estratégia metodológicas utilizadas em Ensino a Distância proporcionado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UMA-SUS/UNIFESP?
- 2) Para você foi fácil adaptar-se à plataforma Moodle e usar as ferramentas disponíveis?
- 3) Como o processo de aprendizagem era socializado entre os profissionais participantes do município e com seu grupo no curso?
- 4) No período de desenvolvimento do curso houve efetivação do processo de ensino-aprendizagem trabalhado de forma integral e interdisciplinar aos conteúdos ministrados?
- 5) Você acredita que o curso de especialização na Estratégia de Saúde da Família mudou de alguma forma sua prática profissional? Dê exemplos.
- 6) Quais possibilidades e desafios vêm ocorrendo na implantação / implementação das transformações das práticas e organização do serviço de saúde de Amparo?

Inquérito 3 – outubro 2014

INQUÉRITO – PESQUISA DE DOUTORADO – Gestor

Este Inquérito tem a finalidade de dar continuidade à pesquisa:

Ensino a distância com estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de ESF na organização dos serviços

- 1) Tempo de Cargo no Município de Amparo:
- 2) Qual a importância de estratégia de Educação Permanente em Saúde para o município de Amparo:
- 3) Estas estratégias são pactuadas no COSEMS?:
- 4) Você percebe avanços na organização dos serviços dos profissionais que realizaram Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP no município de Amparo.
- 5) Como Amparo tem organizado seus processos de Educação Permanente em Saúde?
- 6) Uma plataforma Moodle para desenvolvimento de capacitação dos profissionais do município de Amparo seria uma estratégia interessante?
- 7) Quais temas e conteúdos poderiam ser abordados?

ANEXO – F - Resposta dos Alunos

Resposta do Inquérito 1 – alunos

Agosto 2013

Pontos levantados pelos alunos abordando a questão da avaliação do curso de Especialização, identificou-se as seguintes colocações:

- a) *“A elaboração de textos para estudos, a atenção permanente dos tutores, as ferramenta, etc... Os espaços de discussão tanto no fórum como nos grupos.”*
- b) *“Conteúdo interessante, aulas bem direcionadas, método eficiente.”*
- c) *“Muitos temas interessantes e conteúdos novos.”*
- d) *“Um desafio estudar e aprofundar conhecimentos no ambiente virtual.”*
- e) *“ A possibilidade de conhecer outras realidades e aprender com outras experiências.”*
- f) *“Uma excelente oportunidade de acesso democrático aos novos conteúdos e de capacitação permanente em serviço.”*

Um dos eixos norteadores é identificar se o ensino a distância mediado por tecnologia utilizado pelo curso de especialização na Estratégia de Saúde da Família, *“Qual sua avaliação com relação as mudanças ocorridas no seu serviço após a conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – UNASUS”*, Respostas dos participantes:

- a) *“Um dia de cada vez! a especialização trouxe várias ferramentas, possibilidades de ação, algumas mudanças aconteceram e outras não”*
- b) *“Em andamento”*
- c) *“Mais organizado”*
- d) *“Regular”*

- e) *“Melhorou a visão e o trabalho em equipe, reconhecimento de papéis, melhora na dinâmica do serviço, apesar de ainda não conseguir implantar alguns projetos que surgiram a partir da realização do curso (troca de experiências)”*

Em outro momento de troca de percepções e experiências dos profissionais formados no curso de Especialização, foi realizado um outro inquérito para os alunos um inquérito para o gestor administrativo Coordenador da Atenção Básica e uma Webconferência que abordou os aspectos de formação, nas possibilidades e desafios na implantação/implementação do trabalho em equipe e transformação das práticas e organização dos serviços.

Resposta do Inquérito 2– alunos

Qual foi sua percepção das estratégias metodológicas utilizadas em Ensino a Distância proporcionado pelo curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP?

- a) *“Gostei muito da metodologia, principalmente a parte da tutoria e os casos clínicos e depois a discussão possibilitando a interação dos participantes facilitando a compreensão.”*
- b) *“No início tive algumas dificuldades mas quando começamos a fazer as reuniões de estudo sempre as 4ª feiras à tarde, quando fazíamos juntos as discussões do texto daquela semana a ser estudado.”*
- c) *“Achei muito interessante e conseguia estimular os alunos à discussão de casos. Quando me inscrevi no curso, não tinha ideia do dinamismo que poderia ter um curso de especialização à distância. Já tinha feito alguns cursos online, mas que não tinha essa riqueza de discussão e participação ativa dos alunos.”*
- d) *“Bastante adequada, no meu caso acessei a plataforma praticamente todos os dias (exceto fim de semana), aproveitei bastante o conteúdo”.*
- e) *“São Estratégias que resultam em um melhor aproveitamento do tempo e da disponibilidade de aproveitamento e facilitação de mais e melhor capacitação de RH para os objetivos.”*
- f) *“Tive uma excelente percepção. É uma forma de ensinar que com certeza vai modificar os paradigmas da educação em todos os meios.”*

Para você foi fácil adaptar-se à plataforma Moodle e usar as ferramentas disponíveis?

- a) *“Quando comecei o curso não tinha ideia do processo e da interatividade assim tive muita dificuldade, fiz o curso e fui me adaptando, depois ficou fácil.”*
- b) *“Acredito que sim. A plataforma foi muito tranquila. Talvez eu não tenha explorado todas as possibilidades...”*
- c) *“Sim, a plataforma era de fácil entendimento.”*
- d) *“Sim tenho familiaridade com o uso da internet.”*
- e) *“Muito fácil.”*

f) *“Sim, é uma plataforma muito prática de utilização.”*

Como o processo de aprendizagem era socializado entre os profissionais participantes do município e com seu grupo no curso?

- a) *“Foi muito proveitoso, troca de saberes, experiência, reuníamos quinzenalmente e discutíamos os problemas, processo de trabalho, o caso em questão, o referencial teórico para solução.”*
- b) *“A gente lia os textos, fazia apontamentos e nos reuníamos numa sala no paço municipal, cada um trazia seu computador, discutíamos o que houvesse e elaborávamos a resposta e postávamos mais ou menos na mesma hora”*
- c) *“Em Amparo, tínhamos um grupo de estudo multiprofissional (multidisciplinar) que se reunia para discutir as atividades propostas. Discutíamos os temas e também discutíamos as postagens dos outros alunos, visto que cada profissional de amparo estava em salas (grupos) diferentes. Era uma troca muito positiva.”*
- d) *“Dentro da minha equipe na USF, o compartilhamento do conhecimento foi em parte tolhido devido à falta de interesse por parte da equipe, em adquirir novas ferramentas para instrumentalizar o cotidiano. No grupo do curso, rica troca de experiências, com compartilhamento de matérias didáticas (extra curso) disponíveis.”*
- e) *“Fazíamos reuniões em grupo, semanalmente, com a autorização do gestor e com isto houve um enriquecimento nos conteúdos com democratização do conhecimento entre os participantes.”*
- f) *“Nos reuníamos periodicamente a cada 15 dias por quatro horas e também havia contato pela internet.”*

No período de desenvolvimento do curso houve efetivação do processo de ensino-aprendizagem trabalhado de forma integral e interdisciplinar aos conteúdos ministrados?

- a) *“A cada unidade, a cada caso clínico, pós discussões, divisão de processos de trabalho, nossa equipe de estudo os membros partiam para suas unidades de trabalho e discutiam nas reuniões de equipe as novas formas e possibilidades de resoluções para melhorar o nosso dia a dia e nossa forma de trabalho.”*
- b) *“Acredito que durante o curso, eu me sentia muito contagiada, motivada. Na unidade onde eu trabalhava naquele momento procurei levar vários (conceitos e ferramentas) aprendidos no curso. Como o papel do Agente Comunitário de Saúde, ficou mais claro para mim, acredito que isso*

possibilita maior clareza para o meio de trabalho! Ex. Projeto Terapêutico Singular, Genograma, Ecomapa, etc.”

- c) *“Sim, porém não foi possível aplicar tudo o que foi discutido na prática.”*
- d) *“Sim plenamente.”*
- e) *“Sim.”*
- f) *Sim, houve.”*

Você acredita que o curso de especialização na Estratégia de Saúde da Família mudou de alguma forma sua prática profissional? Dê exemplos.

- a) *“Com certeza, conseguimos trabalhar mais interdisciplinarmente, integrando mais a equipe nas comunidades, conscientizando os usuários por sua saúde e direitos, Trabalhando mais com indicadores de saúde, um trabalho mais qualificado.”*
- b) *“Acredito que sim! Em discussões de casos complexos, nas reuniões de minha equipe (reunião semanal entre a equipe da área – ACS- Médico, Enfermeira, Dentista Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Enfermagem, outros profissionais do NASF) A escala de avaliação de vida diária e a escala funcional para priorizar que usuários serão atendidos em visita domiciliar como os acamados e os restritos.”*
- c) *“Sim, acho que houve um olhar ampliado e me trouxe muitas discussões com outros municípios quanto ao verdadeiro papel da Estratégia de Saúde da Família - ESF.”*
- d) *“Sinto-me mais preparada enquanto profissional, entretanto, a pouca disponibilidade, por parte da equipe com a qual eu trabalho (USF – Unidade de Saúde da Família) em estar aberta à mudança tolheu o que poderia vir a se desenvolver.”*
- e) *“Quem pode aproveitar na utilização dos conhecimentos adquiridos, sem dúvida gerou melhorias, em especial no acolhimento e na abordagem multiprofissional. Porque isto ficou muito na dependência do comprometimento de cada um. Quanto a mim, reforçou minhas convicções.”*
- f) *“Mudou o meu conhecimento teórico, porém na prática muita coisa não é realizada principalmente interdisciplinarmente e interterritorialmente. Vejo a odontologia ainda um pouco distante do contexto da Estratégia de Saúde da Família, porem está encaminhando para melhorar isso.”*

Quais possibilidades e desafios vêm ocorrendo na implantação / implementação das transformações das práticas e organização do serviço de saúde de Amparo?

- a) *“A grande dificuldade e a falta de recursos humanos vem atravancando a implementação, mas aos poucos temos conseguido efetivar. Temos excelentes profissionais comprometidos.”*
- b) *“Acredito que quando a diretriz de gestão central está clara, quando o planejamento das ações está feito, pensado, fica mais tranquilo de se trabalhar. O conhecimento que adquirimos durante o curso, vai conosco onde estivermos! Há momentos em que a motivação para a mudança é maior e outros em que a motivação vai lá embaixo. Por vezes, a falta de disponibilidade para a mudança da equipe, mobiliza a equipe para dar um passo adiante. Só mesmo uma crise para fazer a fila andar!”*
- c) *“É um desafio implementar ações quando não temos uma gestão que reconhece a importância da Atenção Primária.”*
- d) *“Com a falta de médicos, e consequentemente funcionamento incompleto das equipes, ESF vem encontrando algumas dificuldades, pois o profissional médico precisa se desdobrar para dar conta das áreas que estão sem cobertura médica. A sobrecarga faz com que seja difícil o trabalho educativo / preventivo, focando-se mais no curativo e com a exaustiva burocratização (preenchimento de processos, receitas controladas, etc.),”*
- e) *“Atualmente estamos passando, não só em Amparo, mas em todo o Brasil, por uma série de problemas de desqualificação da ESF em detrimento de medidas populistas como (mais médicos) que esvaziaram o interesse dos profissionais novos em se integrarem na ESF.”*
- f) *“Os serviços de saúde estão defasados em recursos humanos para o trabalho, e não há uma adequada organização quanto ao remanejamento de funcionários para que todos se beneficiem diante do problema. Não há equidade, nem com os usuários e nem com os funcionários com relação as necessidades de infraestrutura e materiais como autoclave, que é essencial nos dias de hoje para o consultório odontológico.”*

Resposta da Web Conferência 3 – respostas Alunos

Web conferência

Outubro - 2013

No que o curso influenciou o trabalho: qual sua percepção em relação aos papéis de aluno e do profissional.

- a) *O curso possibilita uma ampliação do olhar nas ações da Estratégia de Saúde da família. A grande dificuldade de trazer para equipe novos conceitos e proposta é a “maturidade da Equipe” que apresenta diferentes olhares pois são formadas por diferentes categorias com diferentes formações acadêmicas e história da construção profissional*
- b) *Dificuldade de subjetividade pois os membros as equipes não estão vivendo o mesmo momento no curso*
- c) *Troca de experiências, conhecer outras realidades e buscar outros caminhos tendo assim um leque maior de possibilidades*
- d) *O Curso criou um referencial, possibilitou um balizamento, possibilitou um melhor atendimento dos pacientes e a Agente comunitária mais instrumentalizada nas reuniões de equipes dando maior sustentação as decisões norteando as ações.*
- e) *Conhecer outras realidades e possibilidades e as decisões e enfrentar as dificuldades com outros olhares, desenvolvendo assim a criatividade na busca de soluções.*
- f) *O curso possibilitou a ter acesso a Material Novo e novas aplicações nos trabalhos do dia a dia.*

Como o ambiente local favorecia ou não a aplicação de novos conteúdos que o curso possibilitou

- a) *Um grande problema observado é a relação da agente comunitária com a comunidade a mesma tem que assumir seu papel de liderança e a sua atuação. Equilibrando e balizando as ações no cotidiano de trabalho, o curso aprofunda o conhecimento compartilhado nos fóruns.*
- b) *O Curso agregou conhecimento e melhorou a prática, resgatando conceitos assim foi possível socializar muitas informações nas reuniões de equipe.*
- c) *O fato de ter alguns profissionais da cidade de Amparo de diferentes profissões e ocupando distintos cargos desde a administração, a gerência de unidade e o atendimento a comunidade possibilitou que muito se tenha avançado em comparação com o que ocorre com outras cidades, um ponto importante foi as reuniões de estudo pela equipe para estudar e discutir os casos e a situação problemas.*

Como a Organização dos grupos de estudo facilitou as atividades do curso e o impacto no serviço.

- a) *A possibilidade de nos reunirmos e estudarmos em grupo foi fundamental pois as horas destinadas para o curso nos reuníamos em horário de trabalho, isto foi fundamental para dar coesão no grupo e nos estudos*
- b) *As conclusões abordadas nos grupos de estudo ajudavam a balizar as conversas e discussões com as equipes de Coordenação do Município e com os outros profissionais da equipe de trabalhos das Unidades de Saúde e das Unidades de ESF que não tiveram oportunidade de participar do curso ajudando muito nas reuniões de equipe.*
- c) *Assim a Gestão possibilitou que o grupo de alunos atuassem como multiplicadores de conhecimento e disseminadores dos textos para a rede.*
- d) *Fui convidada pela gestão para participar da equipe e realizar um grupo de apoio a gestão pois como participava do curso, a gestão se mostrou aberta a novas possibilidades que o curso estava trazendo com outros olhares para administração central e local e capacitação das equipes*
- e) *O papel da gestão foi fundamental e imprescindível.*

ANEXO – G Estrutura das Unidades de Conteúdo do curso de especialização UNASUS/UNIFESP – em relação as Comunidades de Inquirição

Estrutura de conteúdo do UNASUS/ UNIFESP e presença social, presença cognitiva, presença de educação nas Comunidades de Inquirição

Presença Social	<ul style="list-style-type: none"> • Vídeo de boas-vindas • Quadro de avisos do curso • Perfil • Fórum para interação do grupo • Fórum "Café virtual" - interação entre todos os participantes do curso • Pesquisa: Opinião sobre as unidades do curso de Especialização em Saúde da Família • Encontros Presenciais • Café Virtual da Tutoria • Espaço entre tutores e coordenadores de secretaria/coordenação/suporte • Organização em grupos de estudo por Município/Unidade de Saúde • Mensagens
Presença Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Links selecionados pela coordenação • Conteudistas e a formulação do material didático • Unidades de Conteúdo • Unidades de Casos Complexos • Material Complementar • Questionários • Fóruns Avaliativos • Encontros Presenciais • Material para Orientação TCC • Provas Objetivas • Prova Presencial • Encontros Presenciais • Café Virtual da Tutoria • Temas para abertura dos fóruns • Apresentação de TCC • Mensagens
	<ul style="list-style-type: none"> • Guia do participante

Presença de Ensino	<ul style="list-style-type: none">• Calendário do curso• Regimento interno dos cursos de Pós-Graduação Lato Sensu• Legislação da Pós-Graduação Lato Sensu• Primeiros passos - acesso ao ambiente do curso• Declaração de matrícula• Requerimento• Frequência nos encontros presenciais e Declaração de comparecimento nos encontros presenciais• Frequência nos encontros presenciais• Monitoramento de participação nas unidades• Orientação de TC• Curso de Tutoria• Webconferência• Encontros Presenciais• Temas para abertura dos fóruns• Café Virtual da Tutoria• Coordenação de Tutoria• Espaço entre tutores e coordenadores de Tutoria• Espaço entre tutores e coordenadores de secretaria/coordenação/suporte• Avaliação de Desempenho/Frequência• Planilha para registro das ausências nos presenciais• Inclusão das notas dos fóruns avaliativos• Relatórios das atividades• Mensagens
--------------------	---

ANEXO – H - Resposta dos Alunos

Resposta do Inquérito 3 – respostas Gestor

Agosto 2013

Inquérito – Gestor da Atenção Básica

Qual a importância de estratégia de Educação Permanente em Saúde para o município de Amparo:

“A Educação Permanente pode facilitar o envolvimento de todos os profissionais e proporcionar uma troca de saberes, uma reflexão das práticas de serviço levando a uma melhora no processo de trabalho.”

Estas estratégias são pactuadas no COSEMS?:

“Sim, são pactuadas no COSEMS quando regional.”

Você percebe avanços na organização dos serviços dos profissionais que realizaram Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP no município de Amparo.

“Percebo que alguns ampliaram a visão em Saúde Coletiva, na Estratégia de Saúde da Família e trouxeram ferramentas de trabalho em equipe.”

“Porém a grande maioria dos participantes ainda se limitam em executar tarefas do dia a dia dentro de seu campo e núcleo de atuação.”

Como Amparo tem organizado seus processos de Educação Permanente em Saúde?

“Em 2014 houve uma mudança de representante da Educação Permanente no município o que ainda vejo como frágil no sentido de reorganizar o serviço em curto tempo. A gestão entende que a Educação Permanente era ofertada a poucas pessoas e de forma direcionada e quase sempre através de cursos fora do município sem o compromisso do participante em compartilhar o que recebeu de informação.”

Uma plataforma Moodle para desenvolvimento de capacitação dos profissionais do município de Amparo seria uma estratégia interessante?

“Sim.”

Quais temas e conteúdos poderiam ser abordados?

*“Processo de Trabalho em equipe ESF;
Gestão Clínica;
O papel de cada profissional da equipe da ESF na busca do cuidado integral ao paciente;
Qual a missão da ESF;
Vigilância em Saúde de A a Z;
Projeto Terapêutico Singular;
Atendimento da demanda espontânea na ESF;
Matriciamento.”*