A close-up photograph of a young child's face, showing significant skin peeling and redness, particularly on the cheeks and chin. The child has light blue eyes and is looking directly at the camera. The background is a warm, yellowish-orange color.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELLE FREITAS ALVIM DE CASTRO

**INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA DO PROJETO
NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES,
A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

**São Paulo
2015**

DANIELLE FREITAS ALVIM DE CASTRO

**INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA DO PROJETO
NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES,
A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Área de concentração:
Saúde Coletiva

Orientadora:
Prof^a. Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Castro, Danielle Freitas Alvim de

Incorporação de tecnologia do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades, a perspectiva dos profissionais / Danielle Freitas Alvim de Castro. São Paulo, 2015.

187 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

Área de concentração: Saúde Coletiva

1. Promoção da saúde. 2. Desenvolvimento infantil.
3. Avaliação de tecnologias da saúde. 4. Saúde da família.
5. Enfermeiros. 6. Médicos. I. Título.

Nome: Danielle Freitas Alvim de Castro

Título: Incorporação de Tecnologia do Projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a Perspectiva dos Profissionais

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, pois sem Sua graça não estaria aqui.

A meus pais, que são meu maior exemplo de dedicação e valorização dos estudos. Desde cedo, eles me incentivaram e ofereceram-me as melhores oportunidades possíveis.

A minha família que também sempre me apoiou.

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora, Professora Dra. Lislaine Aparecida Fracoli, que há 9 anos vem me conduzindo e lapidando no meio acadêmico.

À Professora Dra. Anna Maria Chiesa, pelo apoio e ensino durante esses anos.

Às Professoras Doutoras Maria De La Ó Ramalho Veríssimo e Cláudia Maria Bógus pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

A meus “amigos acadêmicos” Denise, Ana Lúcia, Simone, Eloá, Érica, Vânia, Karen, Cecília e Alfredo pelo apoio, conversas e risadas nesses 4 anos.

À CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e à Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Ao Núcleo de Apoio à Pesquisa: Neurodesenvolvimento & Saúde Mental, pelo apoio financeiro em meu doutorado.

E, a meus amigos e familiares por todo apoio que recebi.

Meu carinho!

EPÍGRAFE

*“Eu sou a sabedoria e moro perto do entendimento; tenho
conhecimento e bom senso.
O temor do Eterno significa odiar o mal - eu odeio o mal
com todas as forças, o orgulho, a arrogância e a conversa
venenosa.
O meu conselho é bom, essa é minha função; dou
entendimento e novas forças para viver.
Com a minha ajuda, os líderes comandam, e os que fazem
as leis legislam com justiça.
Também é com a minha ajuda que governantes lideram
com autoridade legítima.
Eu amo os que me amam; os que me procuram me
encontram.
Riqueza e glória me acompanham - também a honra e a
dignidade.
Os benefícios que dou são melhores que o mais puro ouro e
a recompensa que dou é muito superior às mais finas
joias.
Vocês podem me encontrar no caminho que leva à justiça
e onde quer que exista gente honesta,
Distribuindo riqueza aos que me amam, mostrando-lhes
como se vive a vida!”
(Provérbios 8:11-21 A Mensagem)*

Castro, D.F.A. Incorporação de Tecnologia do Projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a Perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Muitos programas de intervenção na primeira infância vêm mostrando-se eficazes na melhoria do desenvolvimento das crianças, sendo necessária sua implantação em uma realidade como a brasileira. A Estratégia Saúde da Família é um espaço que possibilita a ampliação das ações dos profissionais de saúde para além do biológico, pois atua no lócus familiar. Neste contexto a implantação de tecnologias como a do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades* torna-se favorável para ampliar e qualificar a atenção à criança, com ênfase no fortalecimento do desenvolvimento infantil. Com a introdução de novas tecnologias na prática dos profissionais de saúde a avaliação das mesmas torna-se necessária, pois é um processo contínuo de análise e síntese de seus benefícios. **Objetivo:** Avaliar a incorporação das tecnologias do *Projeto Janelas* pelos profissionais de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa com triangulação de métodos utilizando os quatro níveis de avaliação de Kirkpatrick (Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados). Os sujeitos de estudos foram nove médicos e dezessete enfermeiros de dezoito Equipes das Unidades Básicas de Saúde do Projeto Região Oeste que foram capacitados com a 2ª edição do *Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. **Resultados:** três Equipes incorporaram a tecnologia, nove incorporaram parcialmente e seis não incorporaram a tecnologia. Três enfermeiros e dois médicos incorporaram a tecnologia, nove enfermeiros e cinco médicos incorporaram parcialmente e cinco enfermeiros e dois médicos não incorporaram a

tecnologia. Foram identificadas cinco categorias de mudança de comportamento: a) ampliação da clínica dentro da prática da consulta; b) utilização do Caderno da Família em sua prática; c) incorporação em sua prática de conceitos teóricos relacionados a família; d) organização do trabalho e e) estímulo da família para apropriação da tecnologia. Foram também identificadas quatro dimensões relacionadas com a incorporação de tecnologia: a) dimensão ética, técnica, política e econômica da tecnologia em si; b) dimensão aceitação e satisfação do paciente; c) dimensão características do serviço de saúde e d) dimensão processo de trabalho. **Conclusões:** A incorporação das tecnologias do *Projeto Janelas* mostrou-se estritamente relacionada com o processo de educação permanente dos profissionais de saúde do Projeto Região Oeste. A análise do cotidiano do trabalho dos profissionais fornece pistas a respeito das tecnologias já em uso pelas Equipes e das necessidades de incorporação do uso de uma nova tecnologia.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Desenvolvimento Infantil. Avaliação em Saúde. Avaliação da Tecnologia Biomédica. Estratégia Saúde da Família. Enfermeiros. Médicos.

Castro, D.F.A. Technology Incorporation of the Project *Our Children: Windows of Opportunities*: the Professional Perspective [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Many intervention programs in early childhood have proven effective in improving the development of children, in a reality like the Brazilian its implementation is required. The Family Health Strategy is a space that allows the expansion of the actions of health professionals beyond the biological, because it acts in the family locus. In this context the deployment of technologies as from the project *Our Children: Windows of Opportunities* becomes favorable to widen and improve the care of children, with emphasis on strengthening the child development. With the introduction of new technologies in the practice of health professionals their evaluation becomes necessary, because it is an ongoing process of analysis and synthesis of its benefits. **Aims:** To evaluate the incorporation of the Technologies of the *Windows Project* by health professionals. **Methodology:** This is an evaluation research with triangulation methods using the Kirkpatrick's four levels of evaluation (Reaction, Learning, Behavior and Results). The subjects of study were nine physicians and seventeen nurses of eighteen health Teams of the Health Basic Units from Western Region. **Results:** Three Teams incorporated the technology, nine incorporated partially and six have not incorporate the technology. Three nurses and two physicians incorporated the technology, nine nurses and five physicians incorporated partially and five nurses and two physicians have not incorporated the technology. Were identified five categories of behavior change: a) clinical expanding within the query practice; b) use The Family Booklet in their practice; c) incorporate into their practice the theoretical concepts related to family; d) organization of work and e) stimulus the family for appropriation of technology. Were also identified four dimensions

related to the incorporation of technology: a) ethical, technical, political and economic dimension of the technology itself; b) acceptance and patient satisfaction dimension; c) dimension of the health service characteristics and d) working process dimension. **Conclusions:** The incorporation of technology showed closely linked to the process of permanent education of the health professionals from the Western Region Project. The professional work routine analysis provides clues about the technologies already in use by the Teams and the needs of incorporating the use of a new technology .

KEYWORDS: Health Promotion. Child Development. Health Evaluation. Biomedical Technology Assessment. Family Health Strategy. Nurses. Physicians.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Dimensões envolvidas na incorporação de tecnologia por profissionais de saúde	40 118
Figura 2 -	Avaliação e tomada de decisão	49
Figura 3 -	Níveis de avaliação	51
Figura 4 -	Avaliação de tecnologia em saúde	53
Figura 5 -	Hierarquia das etapas que dimensionam a gestão de tecnologias em saúde	56
Figura 6 -	Mapa Conceitual de avaliação em saúde	61
Figura 7 -	Quatro níveis de avaliação após a capacitação do <i>Projeto Janelas</i>	65
Figura 8 -	Região de atuação do PRO	68
Figura 9 -	Equipamentos de Saúde de atuação do PRO	69
Figura 10 -	Mudanças nas práticas profissionais	105
Figura 11 -	Aspectos que influenciaram a incorporação tecnológica	117

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Habilidades profissionais adquiridas no *Projeto Janelas* 35
- Quadro 2 - Caracterização de categorias de avaliação conforme alguns critérios 47
- Quadro 3 - Dimensões, informações e sensibilidade de pesquisa de avaliação de tecnologias 54
- Quadro 4 - Instituições de Ensino Superior dos Sujeitos da Pesquisa 84

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição de Sujeitos por Unidade	80
Gráfico 2 -	Idade dos Sujeitos	80
Gráfico 3 -	Profissão dos Sujeitos	81
Gráfico 4 -	Especialidade dos Sujeitos	81
Gráfico 5 -	Local de Formação dos Sujeitos – Instituição de Ensino Superior (IES) Privada e Pública	84
Gráfico 6 -	Tempo de trabalho na Unidade	85
Gráfico 7 -	Tempo de formação	86
Gráfico 8 -	Pergunta 1: Como você avalia o assunto? (interesse, benefício, etc.)	87
Gráfico 9 -	Pergunta 2: Você acha o assunto da oficina importante e pertinente para sua prática profissional?	88
Gráfico 10 -	Pergunta 3: O material da oficina é de fácil uso?	87
Gráfico 11 -	Pergunta 4: Você será capaz de aplicar o que foi ensinado na oficina?	89
Gráfico 12 -	Pergunta 5: Como você avalia os facilitadores da oficina? (conhecimentos do assunto, capacidade de comunicação, etc.)	89
Gráfico 13 -	Interação de medida longitudinal questão 3 x categoria profissional	99

Gráfico 14 -	Interação de medida longitudinal questão 7 x	100
	categoria profissional	
Gráfico 15 -	Interação de medida longitudinal questão 10 x	101
	tipo de capacitação	
Gráfico 16 -	Interação de medida longitudinal questão 10 x	101
	categoria profissional	
Gráfico 17 -	Interação de medida longitudinal questão 11 x	102
	tipo de capacitação	
Gráfico 18 -	Interação de medida longitudinal questão 18 x	103
	tipo de capacitação	
Gráfico 19 -	Interação de medida longitudinal questão 18 x	103
	categoria profissional	
Gráfico 20 -	Incorporação da Tecnologia do Janelas por	110
	Equipes	
Gráfico 21 -	Incorporação da Tecnologia do Janelas por	111
	profissional de saúde por Unidade	
Gráfico 22 -	Incorporação da Tecnologia do Janelas por	112
	categoria profissional	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População e área das subprefeituras Butantã e Lapa	70
Tabela 2 -	Temas das mudanças sugeridas pelos sujeitos da capacitação	90
Tabela 3 -	Cruzamento da Avaliação da Reação com dias de capacitação	92
Tabela 4 -	Cruzamento da avaliação da Reação com a categoria profissional	94
Tabela 5 -	Cruzamentos da Avaliação da Aprendizagem pré e pós-capacitação	97
Tabela 6 -	Incorporação de Tecnologia versus tipo de capacitação	113
Tabela 7 -	Incorporação de Tecnologia versus idade	114
Tabela 8 -	Incorporação de Tecnologia versus especialidade	114
Tabela 9 -	Incorporação de Tecnologia versus local de formação	115
Tabela 10 -	Incorporação de Tecnologia versus tempo de formação	115
Tabela 11 -	Incorporação de Tecnologia versus tempo de trabalho na unidade	116

LISTA DE SIGLAS

IPEN	Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa
FMCSV	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
USP	Universidade de São Paulo
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
CREN	Centro de Recuperação e Educação Nutricional
COGest	Coordenação da Gestão Descentralizada da Secretaria Municipal de Saúde
NACE	Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão de Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ACS	Agentes Comunitário de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
PICo	Paciente, Intervenção, Contexto
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde
CITEC	Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia
ROI	Retorno do Investimento
ASTD	<i>American Society for Training and Development</i>
PRO	Projeto Região Oeste
USF	Unidades de Saúde da Família
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
UBS	Unidade Básica de Saúde
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CSE	Centro de Saúde Escola
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
ETEC	Escola Técnica
MEP	Médico de Ensino e Pesquisa

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Promoção da saúde e Desenvolvimento Infantil: um olhar da neurociência	26
1.1.1 Promoção da Saúde e desenvolvimento infantil - <i>Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades</i>	31
1.1.2 Possibilidades e limites da incorporação de tecnologias em saúde.....	38
2 OBJETIVOS	43
2.1 OBJETIVO GERAL.....	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 REFERENCIAL TEÓRICO	45
3.1 Avaliação em saúde.....	45
3.1.1 Categorias de Avaliação	46
3.1.1.1 Avaliação Normativa	48
3.1.1.2 Pesquisa Avaliativa	50
3.1.2 Objetos e Níveis da Avaliação	49
3.1.2.1 Incorporação de tecnologias	56
3.2 Avaliação em Promoção da Saúde	58
4 METODOLOGIA.....	63
4.1 Referencial Metodológico.....	63
4.2 Estrutura Pedagógica da “Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do <i>Projeto Janelas</i> ”	65
4.3 Cenário do estudo.....	67
4.4 Sujeito do estudo	71
4.5 Instrumento de coleta de dados	71
4.6 Procedimentos para coleta de dados	72
4.7 Procedimentos ético-legais.	75
4.8 Análise dos dados.....	75
4.9 Variáveis.....	77
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	79

5.2 Níveis de Avaliação de Kirkpatrick	86
5.2.1 Nível I – Avaliação da Reação	86
5.2.2 Nível II – Avaliação da Aprendizagem	95
5.2.3 Nível III – Mudança de Comportamento	104
5.2.4 Nível IV – Resultados	108
5.2.4.1 Dimensões envolvidas na Incorporação Tecnológica	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
APÊNDICES.....	144
ANEXOS	182

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Minha jornada pela vida acadêmica iniciou-se quando eu era ainda um bebê. Em 1986, meu pai foi para a Alemanha fazer o doutorado dele, e a família foi junto. Eu tinha na época 10 meses, moramos 3 anos na Alemanha e com o fim da Guerra Fria o governo brasileiro solicitou nosso retorno, como dos demais brasileiros que moravam lá.

Sendo meu pai pesquisador científico do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN), cresci nesse meio. Quando entrei na graduação de enfermagem na Universidade de São Paulo (USP), meu pai sempre falava para eu fazer o mestrado, mas sempre dizia que não faria, que não gostava da vida acadêmica. No entanto, isso mudou... No segundo ano de graduação, interessei-me por Saúde da Família e conversei com a professora que me acompanhava na época em estágio de Saúde Mental, ela me indicou a professora Lislaine, que de pronto marcou uma reunião comigo e, assim, deu-se início de fato minha vida acadêmica.

Fiz 2 anos de iniciação científica, como bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), avaliando a qualidade de vida dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade pertencente ao Projeto Região Oeste (PRO). A pesquisa só fez aumentar meu interesse pela Saúde da Família e pela Saúde Coletiva, além do gosto pela pesquisa que eu não sabia que tinha. No fim da graduação, prestei o processo seletivo para o mestrado na Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e passei.

Eu sempre gostei de obstetrícia; por isso, resolvi especializar-me nessa área logo que me formei. Fiz a especialização e o mestrado concomitantemente. No mestrado, ainda permaneci na Saúde da Família, mas foquei-me nas gestantes.

No fim do mestrado, prestei o processo seletivo para o doutorado, iniciando-o em 2011. Na época, a pretensão na época era continuar trabalhando com avaliação de gestantes, sendo esse o foco durante o primeiro ano do doutorado.

Em 2011, minha orientadora e a outra coordenadora do grupo de pesquisa do qual faço parte, submeteu uma proposta da 2ª edição do *Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades* no Projeto Região Oeste para um edital da FAPESP em conjunto com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) de projetos de pesquisa/intervenção na Primeira Infância.

Intitulada de “**Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias**”, a pesquisa foi contemplada, dando início assim, em 2012, o processo de reedição do material do *Projeto Janelas*.

Com o financiamento da pesquisa aprovado, a Profa. Lislaine convidou-me para participar do projeto. O objeto de estudo não tinha muito haver com o que estava estudando até então, mas a temática eu não a desconhecia, pois o grupo de pesquisa já estava estudando a Primeira Infância há algum tempo. Por isso, resolvi aceitar o convite.

Para a realização da 2ª edição do material do *Projeto Janelas*, foi realizado um Seminário de Atualização, que ocorreu no dia 28 de setembro de 2012. Como principal mudança ocorrida no material além da atualização dos dados, a ficha de avaliação das famílias foi incorporada à Cartilha, que passou a ser denominada Caderno da Família¹.

¹ Os Cadernos da Equipe e da Família atualizados podem ser acessados nos links http://www.ee.usp.br/site/dcms/app/webroot/uploads/arquivos/caderno_equipe.pdf e http://www.ee.usp.br/site/dcms/app/webroot/uploads/arquivos/caderno_familia.pdf, respectivamente.

A pesquisa geral tinha vários objetivos para serem contemplados, um deles era a avaliação da incorporação das tecnologias pelos profissionais de saúde. Resolvemos escolher esse objetivo e nos focar nos médicos e enfermeiros das Equipes que seriam capacitadas.

Com essa decisão, um novo caminho de estudos abriu-se para mim. Além da Primeira Infância, precisei focar-me na área de Avaliação em Saúde. Nessa área, o aprofundamento levou-me a querer saber mais quais eram as dimensões envolvidas no processo de incorporação de uma tecnologia.

Como única doutoranda do projeto, eu envolvi-me muito de perto com todo o processo da reedição do *Janelas* e sua implantação. Participei da revisão do material, da capacitação dos profissionais, da submissão do projeto geral na Plataforma Brasil, que na época era uma plataforma nova. Participei também da avaliação das famílias previamente à aplicação e uso do *Janelas* pelos profissionais. Participei das supervisões das Equipes. Fiz a gestão de pagamentos, as compras e a gestão de recursos. Com a coordenadora do projeto, construí os relatórios científicos da FAPESP além das prestações de contas, um trabalho bem árduo. Não foi fácil avaliar algo de que fiz parte do processo de construção, mas o conhecimento recebido foi grande.

Dentro da trajetória do doutorado além das atividades do grupo de pesquisa, tive a oportunidade de orientar bolsistas de Iniciação Científica, o que me ajudou a amadurecer a prática de orientação de aluno. Por duas vezes, participei do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino na disciplina de Atenção Básica, o que contribuiu para minha prática da docência, além também da gestão de um projeto de extensão que minha orientadora coordena. Nesse projeto de extensão, tive a oportunidade de capacitar com o *Projeto Janelas* alunos de graduação e mestrado da Universidade Federal de São

Carlos. Além dessas oportunidades, tive o privilégio de fazer o curso *Minding the Baby* (projeto de intervenção para melhoria do desenvolvimento infantil) na Universidade de Yale. Submeti também um projeto de um simpósio internacional de Primeira Infância para um edital de financiamento de eventos científicos internacionais do CNPq, que foi contemplado.

Em minha formação como pesquisadora e docente, tive várias oportunidades, sendo esse somente o começo de minha jornada acadêmica...

Onde tudo começou...

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR DA NEUROCIÊNCIA

Promover a saúde de acordo com a **Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde** realizada na cidade de Ottawa no Canadá em 1986 é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, a saúde é vista de modo positiva e como um recurso para a vida. Desta maneira, a Promoção da Saúde passa a não ser responsabilidade exclusiva do setor saúde⁽¹⁾.

Para se promover a saúde, alguns recursos são necessários:

- Paz;
- Habitação;
- Educação;
- Alimentação;
- Renda;
- Ecossistema estável;
- Recursos sustentáveis;
- Justiça social; e
- Equidade.

A proposta de Promoção da Saúde construída na Carta de Ottawa apoia-se em cinco eixos de ação⁽¹⁾:

Incorporação de Tecnologia do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades, a Perspectiva dos Profissionais

1. Criação de políticas públicas saudáveis;
2. Criação de ambientes favoráveis;
3. Reforço da ação comunitária;
4. Desenvolvimento de habilidades pessoais; e
5. Reorientação dos serviços de saúde.

Nos serviços de saúde, a Promoção da Saúde deve ser compartilhada com todos os indivíduos que participam desse processo (usuários, profissionais de saúde, comunidade). A reorientação dos serviços é um esforço para a ampliação do acesso e para uma tentativa de garantia da equidade. Os serviços de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde passariam a adotar uma postura mais abrangente apoiando as necessidades individuais e comunitárias, além de abrir canais entre o setor saúde e os setores sociais, econômicos e ambientais⁽¹⁻²⁾.

Na perspectiva da clínica, promover a saúde e o desenvolvimento infantil significa ir além do tradicional realizado na puericultura. A clínica tradicional é focada no biológico, em que são avaliados a nutrição, o crescimento e o peso. Para isto, são lançados mão de escalas e testes, como a ficha de desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde, o teste de triagem de desenvolvimento de Denver, o guia Washington para promover o desenvolvimento de crianças pequenas entre outros. Não que o uso destas fichas e escalas não seja importante, pois elas detectam e alertam de maneira precoce quando há algo errado com o desenvolvimento da criança⁽³⁻⁵⁾.

A clínica tradicional possui como eixo central do cuidado à criança o acompanhamento sistemático do crescimento, além da avaliação periódica do ganho de peso da criança⁽³⁾.

No âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde declara que a forma adequada de acompanhamento das crianças até 6 anos seria a avaliação antropométrica, registrando periodicamente em um gráfico o peso e a altura de acordo com a idade⁽⁴⁾.

Contrapondo essa diretriz ministerial, alguns autores consideram que para promover o desenvolvimento e a saúde infantil faz-se necessário olhar de modo ampliado e integral a criança e seu ambiente familiar. Pois o crescimento e o desenvolvimento saudáveis ou não são consequências de vários fatores e não apenas do determinismo genético⁽⁶⁾.

Na primeira infância, são estabelecidos os padrões de comportamento, aprendizagem e competências. A herança genética, que pode ser boa ou ruim, é modificada por fatores socioambientais, as células do sistema nervoso crescem de maneira abundante e os circuitos neuronais são estabelecidos⁽⁶⁾.

Ao nascimento, o bebê possui muito mais neurônios do que um adulto precisa. Seu sistema nervoso ainda não está desenvolvido por completo. As células já existem, mas ainda não estão ligadas em rede. As ligações sinápticas são estabelecidas ao longo dos 3 primeiros anos de vida da criança. Estas ligações formam-se à medida que a criança conhece e experimenta o mundo ao redor e relaciona-se com seus cuidadores⁽⁷⁾.

As sinapses estabelecidas se forem utilizadas e reforçadas no cuidado diário da criança, passam a compor um circuito permanente no cérebro da criança⁽⁷⁾.

A saúde, a aprendizagem e o comportamento neuropsicomotor, social, psicológico, emocional e intelectual durante todo o ciclo vital são influenciados pelo desenvolvimento cerebral durante a primeira infância⁽⁸⁾. Como exemplo, o circuito CRH-HPA (regulação da liberação de hormônio ao sistema glandular

hipotálamo-pituitário-adrenal) é influenciado por estímulos externos e internos, desde a vida uterina e na primeira infância⁽⁸⁾. Estes estímulos modificam o funcionamento deste circuito ao longo da vida⁽⁸⁾. Tal circuito afeta a memória, o comportamento, a cognição, o metabolismo, o sistema imunológico e o sistema cardiovascular⁽⁸⁾.

Na primeira infância, as sinapses cerebrais na primeira infância são afetadas pela qualidade da educação e dos estímulos recebidos nesse período⁽⁸⁾.

Estudos longitudinais vêm mostrando que o ambiente social influencia o estabelecimento de circuitos cerebrais que contribuem para o desenvolvimento da aprendizagem, do comportamento e da saúde física ao longo da vida⁽⁸⁾.

Na primeira infância, os cuidados, como a nutrição, o vínculo, afeto, a estimulação, o toque, as brincadeiras e o acolhimento são determinantes de um bom desenvolvimento físico, psíquico e social⁽⁹⁾.

A qualidade dos cuidados e a interação social da criança nos primeiros anos de vida são determinantes para um bom desenvolvimento cerebral. Estes cuidados aumentam a destreza do pensamento, a autoconfiança, a capacidade para resolução de problemas e cooperação com outras pessoas. Estas habilidades melhoram o desempenho da criança na vida escolar e sua trajetória pela vida⁽⁶⁾.

A literatura mostra que os programas de desenvolvimento infantil que atuam em uma perspectiva ampliada em relação à nutrição, ao desenvolvimento emocional e intelectual e à saúde estimulam o crescimento de adultos saudáveis, capazes e produtivos. Mesmo aquelas crianças que foram privadas de boas oportunidades de crescimento e desenvolvimento se receberem intervenções precoces poderão alterar suas trajetórias de vida⁽⁶⁾.

Programas de Promoção da Saúde e desenvolvimento infantil podem melhorar a trajetória das crianças pela vida. Young (2010) refere que crianças que recebem intervenções na primeira infância estão propensas a menores índices de evasão escolar e melhores experiências escolares⁽⁶⁾.

O *Perry Preschool Project*, o *North Carolina Abecedarian Project*, o *Infant Health and Development Program*, *Head Start* e *Early Head Start*, o *Integrated Child Development Service*, o *Proyecto de Educación Inicial* e o *Minding the Baby* são exemplos de programas de intervenções eficazes no desenvolvimento na primeira infância^(6,10). Como também o *Family Nurse Partnership* vem mostrando-se eficaz na diminuição da morbidade e mortalidade materna e infantil, diminuição de maus tratos infantis, melhora emocional da criança e melhora no desenvolvimento da fala das crianças quando intervém nas famílias vulneráveis de mães adolescentes, acompanhando as crianças da gestação até os 3 anos de vida⁽¹¹⁾.

A implantação de programas de Promoção da Saúde e desenvolvimento infantil se faz necessário em uma realidade, como a brasileira, onde ainda há crianças desnutridas, sem acesso a creches ou à educação de qualidade e, muitas vezes, são privadas de um ambiente familiar amoroso e afetuoso e com bons cuidados.

Desta forma, pensando nos eixos de ação da Promoção da Saúde é preciso que no Brasil se pense em políticas públicas saudáveis, como por exemplo, a própria Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que possibilitem a implantação de programas de intervenção na promoção da saúde e desenvolvimento infantil, que possam intervir⁽¹²⁻¹³⁾:

- No favorecimento do ambiente;

- Na atuação na comunidade;
- No desenvolvimento das habilidades familiares; e
- Na reorientação dos serviços de saúde, para olharem a criança em uma perspectiva ampliada de cuidado.

A Promoção da Saúde contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Em razão disso, a PNPS propõe que as intervenções em saúde ampliem-se para além dos muros das unidades e do sistema de saúde⁽¹²⁾. Ela propõe-se a atuar nos condicionantes de vida e no favorecimento de escolhas saudáveis. O objeto dos serviços de saúde passa a ser os problemas e as necessidades de saúde, além de seus determinantes e condicionantes⁽¹²⁾. Profissionais de saúde que atuam nesta perspectiva possuem a possibilidade de olhar para o desenvolvimento infantil para além de seu crescimento saudável e aos marcos do desenvolvimento infantil (sentar, ficar em pé, andar, falar e etc.).

Na PNAB, a Atenção Básica olha o sujeito de modo ampliado e integral, pois considera o mesmo em sua inserção sociocultural, em sua singularidade e complexidade. Na Saúde da Família, a PNAB tem a sua estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹³⁾. A Saúde da Família é um espaço privilegiado de ações ampliadas e atua no locus familiar, o que possibilita o desenvolvimento infantil de modo integral e ampliado.

1.1.1 Promoção da Saúde e desenvolvimento infantil - *Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço que possibilita a ampliação das ações para além do cuidado biológico e

fisiologista. É um espaço onde os potenciais de saúde da população podem ser fortalecidos, além de ser um espaço de desenvolvimento de tecnologias apropriadas para uma abordagem ampliada de cuidado⁽¹⁴⁾.

Em julho de 2001, com a finalidade de produzir uma tecnologia de atuação junto às famílias com o intuito de fortalecer as dimensões de Promoção da Saúde infantil, a coordenação da Estratégia Saúde da Família - ESF (antes Programa de Saúde da Família – PSF) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo firmou um convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Associação Comunitária Monte Azul⁽⁹⁾.

Um grupo técnico com representantes de instituições com experiência na área de desenvolvimento infantil foi formado para a execução da proposta. No grupo técnico, havia representantes do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), Saúde da Pessoa com Deficiência (Coordenação da Gestão Descentralizada da SMS - COGest), o Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão de Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (NACE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e a Pastoral da Criança⁽⁹⁾.

Como produto do grupo técnico nasce assim o *Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. Os produtos concretos do projeto foram⁽⁹⁾:

- *A Ficha de Acompanhamento dos Cuidados Familiares para a promoção da saúde infantil;*
- *A cartilha e o manual de apoio às Equipes de saúde Toda Hora é Hora de Cuidar; e*
- *O curso para capacitação de profissionais e a formação de multiplicadores.*

As tecnologias acima foram construídas, de acordo com as seguintes premissas⁽⁹⁾:

1. A importância da participação da família no desenvolvimento da criança;
2. A rotina como elemento de estimulação da criança dentro de suas diferentes fases de desenvolvimento;
3. As experiências e oportunidades oferecidas pela família que facilitam as conquistas da criança;
4. A definição de passos e estratégias para desenvolver formas de cuidados que precisam ser incentivadas; e
5. A atitude de favorecer uma decisão conjunta entre os profissionais de saúde e a família sobre a necessidade de intervenções específicas nas questões de difícil superação.

O *Projeto Janelas* teve como objetivo promover o desenvolvimento infantil, complementando a abordagem tradicional focada na avaliação antropométrica da criança e nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor. O projeto tinha a finalidade de construção de ações integradas em diversas dimensões, como afeto, cuidado, vínculo e alimentação, entre outras, que promovessem o desenvolvimento infantil⁽⁹⁾.

Entendendo que a ESF possui um espaço privilegiado de cuidado junto às famílias, a intenção foi apoiar as intervenções familiares, pois os cuidados diários, como o momento da alimentação, das brincadeiras e o relacionamento familiar poderiam construir ações que favorecessem o desenvolvimento infantil de maneira positiva⁽⁹⁾.

Para a construção das ações nos cuidados diários, o projeto considerou as oportunidades de exercício das habilidades e o relacionamento das crianças para o processo de desenvolvimento⁽⁹⁾.

O conteúdo de ação do projeto focou-se nas necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil, organizado nas áreas de⁽⁹⁾:

- Alimentação;
- Higiene;
- Prevenção de acidentes;
- Amor;
- Segurança;
- Brincadeira;
- Direitos; e
- Participação.

O *Projeto Janelas* atuou diretamente nas Equipes de Saúde da Família de modo a ampliar sua visão quanto ao desenvolvimento infantil, em específico, em relação ao que a criança vivencia em sua rotina familiar, e o favorecimento de vínculos e proximidade com todos os envolvidos no cuidado à criança⁽⁹⁾.

As Equipes de Saúde da Família deveriam acompanhar e registrar as oportunidades de desenvolvimento que as famílias vêm oferecendo às crianças da gestação até os 6 anos⁽⁹⁾.

As fichas de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde infantil foram divididas em três partes⁽¹⁵⁾:

1. Período pré-natal, nascimento e puerpério;
2. Cuidados às crianças; e
3. Registro das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O conteúdo de ação era avaliado observando e conversando com as famílias. Por exemplo, em relação à alimentação, se o bebê ainda amamentava eram avaliadas a qualidade dessa amamentação,

além do afeto, do vínculo e do toque. Outro exemplo seria em relação à brincadeira, como era esse momento dentro da família? Quem brincava com a criança? Que tipo de brinquedos a família oferecia? Entre outras possibilidades⁽¹⁵⁾.

Em 26 de abril de 2002, foi realizada a I oficina do *Projeto Janelas*, que foi feita com profissionais de saúde de 11 Distritos de Saúde do Município de São Paulo. A finalidade da oficina foi capacitar os profissionais em algumas habilidades⁽¹⁶⁾. Habilidades são o conjunto de práticas adquiridas por meio da demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver questões em seu campo de atuação (intervenção)⁽¹⁷⁾. Os dados do Quadro 1 abaixo mostram uma tentativa de se sintetizar as habilidades que deveriam ser adquiridas com o *Projeto Janelas*⁽¹⁵⁾:

Quadro 1 - Habilidades profissionais adquiridas no *Projeto Janelas*

EIXO TEÓRICO	HABILIDADES
Clínica ampliada - um olhar para além do desenvolvimento neuropsicomotor	Ampliação da visão sobre o desenvolvimento para um conjunto de relações experimentadas e apreendidas pela criança e por toda a família em sua rotina familiar e social.
	Incentivar a participação da família no desenvolvimento da criança.
Família - principal provedora dos cuidados adequados	Favorecimento de vínculos, proximidade e confiança entre todos os envolvidos no cuidado da criança.
	Incentivar a rotina como forma de estimulação à criança.
	Ensinar as diferentes necessidades da criança em cada fase de seu desenvolvimento.
	Definição de passos e estratégias para o desenvolvimento das formas de cuidado que precisem ser incentivadas.

(Cont)

(Cont)

EIXO TEÓRICO	HABILIDADES
	Favorecimento de decisão conjunta sobre a necessidade de intervenções específicas em questões de difícil superação.
	Incentivar a necessidade de estímulos diferentes como: colocar as crianças em diferentes locais; oferecer objetos seguros com sons, cores e texturas variadas para brincar.
	Incentivar a estimulação nos cuidados rotineiros, conversando, cantando e acariciando.
	Estimular atividades adequadas à idade da criança.
	Incentivar a brincadeira para o desenvolvimento infantil.
	Identificar e compreender os comportamentos que trazem conforto e segurança à criança.
	Incentivar maior independência da criança em atividades rotineiras, como vestir, tomar banho, comer e brincar.
	Incentivar o oferecimento de oportunidades de participação e convivência com todos os membros da família e da vizinhança, da escola e comunidade.
	Estimular a alimentação adequada para a idade da criança (rotina, cultura, condições financeiras e variação de nutrientes).
	Conhecer os hábitos de higiene familiar e as dificuldades para sua manutenção.
	Incentivar hábitos saudáveis de higiene.
	Incentivar a segurança da criança orientando a necessidade da vigilância de um cuidador responsável.
	Incentivar a manutenção de um ambiente saudável.
	Incentivar e ensinar os direitos que a criança possui: convivência familiar e comunitária; saúde; educação; esporte, lazer e cultura e registro civil.
	Conversar com a família sobre os direitos da criança com base na realidade que a família encontra-se.

(Cont)

(Cont)

EIXO TEÓRICO	HABILIDADES
Patrimônio familiar – valorização e fortalecimento dos potenciais que a família possui	Valorizar a percepções, ideias e sentimentos da criança.
	Incentivar que os adultos ouçam as crianças.
	Identificação dos patrimônios que a família possui; e
	Fortalecimento dos patrimônios que a família possui;

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Um dos eixos teóricos do *Projeto Janelas*, a família, é o primeiro lugar de pertencimento e construção da identidade da criança. Ela é o ponto central do surgimento das necessidades, por ser o primeiro lugar de socialização. A família é um recurso para o desenvolvimento da criança⁽¹⁵⁾.

Avaliar a criança no contexto familiar significa a possibilidade de se avaliar o “patrimônio” dessa família. Patrimônio refere-se ao conjunto de recursos que garantem maior segurança e padrão de vida. Ao contrário do que muitos pensam, patrimônio não se refere somente a bem material, mas também às habilidades pessoais e relacionais. Por isso, intervir em um contexto familiar é preciso não simplesmente olhar às necessidades, mas, sim, fortalecer suas potencialidades/seus patrimônios para que a família possa superar, assim, suas necessidades⁽¹⁸⁾.

Em uma realidade onde os profissionais possuem dificuldade de operacionalizar ações de Promoção da Saúde em razão da falta de tecnologias, a implantação do piloto do *Projeto Janelas* apontou que suas tecnologias poderiam dar suporte às ações de Promoção da

Saúde e desenvolvimento infantil, além de fortalecer as famílias das crianças^(9,19-20).

A existência de uma parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina da USP para a gestão dos serviços de saúde na microrregião do Butantã no Município de São Paulo (Projeto Região Oeste), abre a possibilidade de educação permanente dos profissionais que já integram a ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como a formação dos estudantes de graduação dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional no referido território.

Neste contexto, a implantação das tecnologias do *Projeto Janelas* torna-se favorável, uma vez que elas são validadas para ampliar e qualificar a atenção à criança, com ênfase no fortalecimento do desenvolvimento infantil, além da microrregião do Butantã demandar uma educação permanente e uma formação inovadora de profissionais na área da saúde.

1.1.2 Possibilidades e limites da incorporação de tecnologias em saúde

A pesquisa intitulada “**Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias**” propôs-se a avaliar o processo de implantação das tecnologias do *Projeto Janelas* na rede básica da microrregião do Butantã (Número de processo FAPESP/FMCSV: 2011/50931-5).

Como parte integrante desta pesquisa, o presente estudo teve como finalidade avaliar a incorporação das tecnologias propostas pelo

Projeto Janelas pelos médicos e enfermeiros da rede básica dessa microrregião, com o intuito de contribuir em sua implantação.

Com a finalidade de se conhecer melhor o campo da incorporação tecnológica em saúde, realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS e MEDLINE, usando os descritores promoção da saúde, tecnologia biomédica e avaliação da tecnologia biomédica, com o espaço de tempo compreendido entre os anos de 2000 e 2012. Ao todo, foram selecionados 11 trabalhos, estes trabalhos foram selecionados porque cumpriram com os critérios de inclusão e respondiam à pergunta da estratégia PICO “Quais são as dimensões ou fatores envolvidos na incorporação tecnológica pelos profissionais de saúde?”.

Em sua maioria, os trabalhos selecionados estavam em língua portuguesa, eram trabalhos de reflexão, e a maioria publicada após 2005. Nenhum trabalho mostrou a participação de profissionais de saúde não médicos no processo de incorporação de tecnologias.

Dentre os trabalhos, as principais dimensões envolvidas na incorporação das tecnologias pelos profissionais de saúde foram, conforme os dados da Figura 1:

Figura 1 - Dimensões envolvidas na incorporação de tecnologias por profissionais de saúde

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Esse levantamento bibliográfico apontou a carência de pesquisas empíricas na área de incorporação tecnológica. Mostrou também a falta de estudos que discutissem a incorporação tecnológica da perspectiva de outros profissionais de saúde que não fossem médicos. Além da concentração de pesquisas ocorrer na área de tecnologias duras.

Na primeira edição do *Projeto Janelas*, foi realizada uma avaliação dos profissionais capacitados, porém não no âmbito de incorporação tecnológica, mas, sim, em relação ao processo de capacitação dos profissionais, o qual foi avaliado como uma experiência altamente positiva e enriquecedora⁽²¹⁾.

Diante desse cenário, em que há falta de pesquisas e dificuldades de avaliação de tecnologias leves e leve-duras, além da

importância de um processo de avaliação não somente do processo de capacitação, o presente estudo avaliou a incorporação tecnológica de modo empírico englobando os médicos, enfermeiros e famílias, lançando mão dos fatores acima encontrados para a construção dos indicadores de avaliação da incorporação tecnológica pelos profissionais que receberam o treinamento do *Projeto Janelas*.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a incorporação das tecnologias do *Projeto Janelas* pelos profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Categorizar o perfil sociodemográfico profissional;
2. Avaliar os resultados de instrumentalização do uso da tecnologia; e
3. Identificar aspectos que contribuem ou dificultam a incorporação tecnológica.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Falar sobre avaliação consiste em falar de algo que faz parte do próprio processo de aprendizagem que o ser humano carrega consigo⁽²²⁾. Avaliar basicamente é emitir um julgamento de valor que está presente em diversas dimensões do espaço social⁽²³⁾.

Com o objetivo de direcionar a tomada de uma decisão, a avaliação seria um julgamento sobre uma dada intervenção⁽²²⁾.

O conceito de avaliação de programas públicos veio logo após a Segunda Guerra Mundial, no qual o Estado buscava meios para que os recursos nas áreas de educação, saúde, social, emprego entre outros, fossem empregados de modo mais eficaz. Desta maneira, a avaliação passa a ser profissionalizada, percorrendo um caminho interdisciplinar e metodológico⁽²²⁾.

Na área da saúde, a avaliação passa a ser visível na década de 1970, quando houve a necessidade de se avaliar ações sanitárias. Muitos países como Estados Unidos da América, Canadá, França, inclusive, o Brasil e outros criaram organismos próprios para avaliação de novas tecnologias em saúde^(22,24).

Na literatura, existem diversas definições sobre avaliação. Patton (1981) *apud* Contandropoulos agrupou em seis famílias as definições de avaliação, de acordo com sua natureza e combinou-as com outros seis tipos de dimensões (objetivo, métodos, coleta dos dados, comparação, tomada de decisão e valor) gerando 36 combinações distintas⁽²⁰⁾. Mas, estas foram insuficientes para classificar um pouco mais do que a metade dos relatórios de avaliação do *Office of Health Evaluation* encontrados pelo autor. A situação indica que cada avaliador constrói sua própria definição^(22,24).

Donabedian entre as décadas entre 1970 e 1980, na busca da avaliação da qualidade nos serviços de saúde, formulou uma teoria que até hoje utilizamos. Para ele avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas à saúde, sendo este sucesso relacionado com a maximização dos êxitos, diminuição e detecção precoces dos erros⁽²⁵⁻²⁷⁾.

A teoria de Donabedian consiste na tríade da avaliação da estrutura, processo e resultados. Estrutura corresponde aos recursos necessários para a assistência em saúde, sejam eles físicos, humanos, material ou financeiros. Processo corresponde às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. E o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada. Donabedian refere que a avaliação dos serviços de saúde divide-se em duas dimensões: 1) desempenho técnico e 2) relacionamento pessoal com o usuário/cliente/paciente⁽²⁵⁻²⁷⁾.

3.1.1 Categorias de Avaliação

A avaliação em saúde basicamente pode ser dividida de acordo com seus objetivos. Novaes (2000) para fins didáticos montou um quadro, que se encontra a seguir, onde detalhou três categorias de avaliação conforme alguns critérios⁽²⁸⁾.

Para a construção do quadro, Novaes (2000) levantou na literatura a nomenclatura das principais categorias de avaliações e dos critérios e variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas das avaliações, sendo eles⁽²⁸⁾:

- Objetivos da avaliação – produção ou utilização de conhecimento;
- Posição do avaliador – externo ou interno em relação ao objeto avaliado;

- Enfoque priorizado – caracterização e compreensão ou quantificação e comparação;
- Metodologia predominante;
- Forma de utilização da informação produzida – comprovação, informação ou instrumentalização;
- Contexto da avaliação – controlado ou natural;
- Temporalidade da avaliação – pontual, corrente ou contínua; e
- Tipo de juízo formulado – comprovação de hipóteses, recomendações ou normas.

Os dados do Quadro 2 mostram a caracterização das categorias de avaliação.

Quadro 2 – caracterização de categorias de avaliação segundo alguns critérios

CRITÉRIOS	PESQUISA AVALIATIVA	AVALIAÇÃO PARA DECISÃO	AVALIAÇÃO PARA GESTÃO
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/compreensão	Caracterização/quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo e qualitativo	Quantitativo e qualitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses pontual/replicado	Recomendações corrente/pontual	Normas integrado/contínuo

Fonte: Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços tecnologias em saúde. Rev Saúde Públ. 2000; 34(5):547-59.⁽²⁸⁾

Tanto a avaliação para a decisão como a avaliação para gestão seguem alguns critérios e normas para uma tomada de decisão inclusive para o aprimoramento da gestão. Em razão disso, essas categorias de avaliação podem ser classificadas como uma avaliação normativa. Em termos gerais a avaliação pode ser dividida em avaliação normativa e pesquisa avaliativa^(22,28).

3.1.1.1 Avaliação Normativa

A avaliação normativa consiste na emissão de um julgamento de valor sobre uma dada intervenção por meio do emprego de critérios e normas, comparando recursos empregados, sua estrutura, seu processo e seus resultados⁽²²⁾.

As normas e os critérios empregados são frutos de pesquisa ou fundamentadas nos julgamentos de *experts* da área que se pretende avaliar⁽²²⁾.

Geralmente, a avaliação normativa é usada para a gestão de programas e serviços com o intuito de acompanhamento e controle de qualidade⁽²²⁾. Visando além de entender as repercussões de uma intervenção e como elas ocorrem, mas também buscando julgá-las. Pelos resultados de uma avaliação, um julgamento é feito para assim ocorrer a tomada de uma decisão de modo mais positivo, conforme os dados da figura a seguir apresentam⁽²⁹⁾.

Figura 2 – Avaliação e tomada de decisão

Fonte: Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Rev Ciênc Saúde Col. 2006; 11(3):705-11.⁽²⁹⁾

3.1.1.2 Pesquisa Avaliativa

Em linhas gerais, a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento com o uso de uma metodologia científica⁽²²⁾.

Para Silva (2010), a pesquisa avaliativa é o julgamento realizado sobre as práticas sociais, tendo como premissa a formulação de um questionamento ainda não respondido na literatura⁽²³⁾. Para a busca dessa resposta, faz-se o uso de uma metodologia científica⁽²³⁾.

A pesquisa avaliativa analisa⁽²²⁾:

- A pertinência;
- Os fundamentos teóricos;
- A produtividade;
- Os efeitos da intervenção;

- Os rendimentos da intervenção; e
- As relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se situa.

3.1.2 Objetos e Níveis da Avaliação

A delimitação do objeto a ser avaliado depende das definições dos níveis que se pretende avaliar. Na área da saúde, a avaliação pode ser abordada nos seguintes níveis⁽²³⁾:

- Sistema: corresponde ao nível mais complexo de organização em saúde;
- Estabelecimentos: correspondem às unidades de saúde, independentes dos níveis de complexidade envolvidos;
- Serviços: correspondem à organização das ações de saúde; e
- Ações: correspondem às ações de promoção, prevenção e recuperação realizadas pelos profissionais de saúde.

As avaliações de política, programas ou projetos de saúde podem perpassar todos os níveis⁽²³⁾.

A seguir, a Figura 3 representa os níveis de saúde, de acordo com sua complexidade dentro do sistema de saúde.

Figura 3 – Níveis da avaliação

Fonte: Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV. Distrito (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1995.⁽³⁰⁾

Os principais objetos da avaliação em saúde vêm concentrando-se na avaliação de programas, serviços e tecnologias, sendo estas áreas produtoras de saberes e práticas no campo da avaliação em saúde⁽²⁸⁾.

A avaliação de programas tem como finalidade a análise de um programa, entendendo programa como uma organização de práticas com um objetivo específico. Esta avaliação mostra interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade. Por outro lado, também guarda interfaces com a ciência social e política e o planejamento, pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos⁽²⁸⁾.

Patton (1997) *apud* Silva (2010) refere que há três objetivos primários para a avaliação de programas⁽²³⁾:

- Fazer julgamentos;
- Facilitar seu desenvolvimento; e
- Contribuir com conhecimento.

Em relação à avaliação de serviços em saúde, esta configura uma área já consolidada, pois visa à produção de conhecimentos e instrumentos com fim na melhoria da assistência prestada por meio de ações (técnicas ou uso de tecnologias de saúde) desenvolvidas pelos profissionais de saúde^(28,31).

Para avaliar um serviço de saúde, faz-se necessário encará-lo como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas⁽³¹⁾.

Tecnologia em saúde é a aplicação da ciência e do saber científico, que aliada a outros saberes transforma-se em prática, aplicada por meio da ação humana⁽²⁸⁾.

As tecnologias em saúde podem ser consideradas como: medicamentos; material; equipamentos; procedimentos; sistemas organizacionais; sistemas educacionais; sistemas de informação; sistemas de suporte; programas e protocolos assistenciais. Por meio das tecnologias em saúde que o cuidado é prestado aos usuários⁽³²⁾.

As tecnologias em saúde podem ser classificadas em⁽³³⁾:

1. Tecnologias leves – referem-se às tecnologias relacionais entre o profissional e o usuário (acolhimento/vínculo);
2. Tecnologias leve-duras – referem-se aos saberes estruturados (clínica) das disciplinas que operam na saúde (medicina, enfermagem, odontologia entre outras); e
3. Tecnologias duras – referem-se aos equipamentos tecnológicos (hardware) de saúde, material de consumo ou permanente ou as normas e rotinas.

A avaliação de tecnologias em saúde busca evidenciar as implicações da utilização das tecnologias com vistas à incorporação, descarte ou acesso das mesmas⁽³⁴⁾. Trata-se de um processo contínuo de análise e síntese dos benefícios de uma determinada tecnologia, considerando-se os aspectos⁽³²⁾:

- Segurança;
- Acurácia;
- Eficácia;
- Efetividade;
- Custos;
- Custo-efetividade;
- Equidade;
- Impactos éticos;
- Impactos culturais; e
- Impactos ambientais.

A avaliação de tecnologias pode ser dividida em avaliação de produtos e processos. As tecnologias podem ser usadas para^(28,31):

- Promoção;
- Prevenção;
- Diagnose;
- Terapia; e
- Reabilitação.

O objetivo da avaliação de tecnologia em saúde é fundamentar para a tomada de decisão quanto ao uso da tecnologia de modo mais racional, tornando o sistema e os programas de saúde mais eficientes para promover, proteger e recuperar a saúde⁽³⁴⁾.

A avaliação de tecnologia em saúde busca responder à necessidade de conhecimentos sobre a dada tecnologia em relação às suas dimensões técnicas (segurança e efetividade) e econômicas⁽³⁴⁾.

Muitos países vêm utilizando-se da avaliação da tecnologia em saúde como ponte entre o conhecimento científico e a tomada de decisão, como apresentada na Figura 4⁽³⁴⁾.

Figura 4 – Avaliação de tecnologia em saúde

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

As avaliações de tecnologia em saúde compreendem diversas dimensões interdisciplinares que possuem objetivos de investigação diversificados, conforme os dados do Quadro 3⁽³⁴⁾.

Quadro 3 - dimensões, informações e sensibilidade da pesquisa de avaliação de tecnologias

DIMENSÕES	INFORMAÇÃO A SER INVESTIGADA	SENSIBILIDADE EM RELAÇÃO AO CONTEXTO
ACURÁCIA	Capacidade da tecnologia em realizar determinado diagnóstico	Pouco sensível
EFICÁCIA	Benefícios da tecnologia sob condições ideais (ensaios clínicos)	Pouco sensível
SEGURANÇA	Existência de efeitos colaterais e adversos provenientes do uso da tecnologia	Pouco sensível
EFETIVIDADE	Benefício da tecnologia sob condições da prática clínica habitual	Muito sensível
AValiação ECONômICA	Análise comparativa de duas ou mais tecnologias em relação a seu custo-benefício	Muito sensível

(Cont)

(Cont)

DIMENSÕES	INFORMAÇÃO A SER INVESTIGADA	SENSIBILIDADE EM RELAÇÃO AO CONTEXTO
IMPACTO ORÇAMENTÁRIO	Estimativa do aumento do gasto proveniente da introdução e difusão de uma tecnologia em um sistema de saúde	Muito sensível
EQUIDADE	Igualdade da atenção à saúde, sem privilégios e preconceitos	Muito sensível
ÉTICA	Adequação à filosofia ou ao código delimitado pelos princípios de moralidade, que são definidos por uma sociedade ou cultura, considerados ideais no caráter e na conduta humanos	Sensível

Fonte: Silva EN, Silva MT, Elias FT. Sistemas de saúde e avaliação de tecnologias em saúde. In: Nita ME, Campino ACC, Secoli SR, Sarti FM, Nobre MRC, Costa AMN et al. Avaliação de Tecnologias em Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2010. 600p.⁽³⁴⁾

Em 2010 no Brasil, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que estabelece um fluxo de processos no dimensionamento de tecnologias em saúde⁽³²⁾.

O processo de avaliação de tecnologia em saúde com a difusão, incorporação e retirada da tecnologia faz parte do conjunto de atividades da gestão de tecnologia em saúde. Esta é dimensionada por algumas etapas em um processo hierárquico, conforme os dados da Figura 5⁽³⁵⁾.

Figura 5 - Hierarquia das etapas que dimensionam a gestão de tecnologias em saúde

Polanczyk CA, Vanni T, Kuchnbecker RS. Avaliação de tecnologias em saúde no Brasil e no contexto internacional. In: Nita ME, Campino ACC, Secoli SR, Sarti FM, Nobre MRC, Costa AMN et al. Avaliação de Tecnologias em Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2010. 600p.⁽³⁶⁾

3.1.2.1 Incorporação de Tecnologias

A incorporação de tecnologias em saúde é um processo pelo qual são envolvidos vários aspectos que atuam em conjunto, sendo um dos principais o custo-benefício de determinada tecnologia⁽³⁷⁾.

A incorporação de tecnologia pode ser determinada por diversos fatores e em diversos níveis, como⁽³⁷⁾:

- Nível do usuário;
- Nível do profissional de saúde; e
- Nível do sistema de saúde.

Cada nível possui fatores diversos e intrínsecos que podem ser relacionados, tanto com a tecnologia em si como com as características dos usuários e/ou profissionais de saúde⁽³⁶⁾.

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde refere que, para a decisão de incorporação de tecnologias novas, são necessárias evidências em relação⁽³²⁾:

- Aos custos para o sistema;
- À população alvo; e
- Às necessidades de infraestrutura na rede de serviços.

A incorporação de tecnologias em saúde está inserida em contextos sociais e econômicos derivados da contínua produção e consumo de bens⁽³⁸⁾.

Em razão do crescente gasto na saúde, as mudanças epidemiológicas e a produção de novas tecnologias nas últimas décadas, a criação de mecanismos sociais e políticos na articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e utilização de tecnologias nos serviços de saúde torna-se algo necessário⁽³⁸⁾.

Em 2006, o Ministério da Saúde criou a Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde (CITEC), como parte do fluxo de gerenciamento da avaliação de tecnologias em saúde. Seu objetivo era a racionalização e a modernização do fluxo de

incorporação de novas tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Saúde Suplementar⁽³⁸⁾.

Em 2008, a CITEC passou a ser vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). E, em 2011, a CITEC passa a não existir mais e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC) é instituída⁽³⁸⁾.

3.2 AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

No campo da Promoção da Saúde, estabelecido a partir da Carta de Ottawa, em 1986, e em outros documentos subsequentes, as intervenções de saúde passaram a ter uma perspectiva ampliada, implicando participação social, ação intersetorial, fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, configuração de ambientes saudáveis, definição de políticas públicas e reorientação dos serviços de saúde^(1,38). Tais documentos enfatizam ainda um diferente modo de pensar e intervir no processo saúde-doença-cuidado, considerando suas determinações sócio-históricas, bem como as formas de gestão participativa, democrática e cooperativa^(1,39).

A implantação de modelos programáticos e assistenciais sob esta perspectiva demanda necessariamente a adoção de modelos avaliativos ampliados.

As intervenções em Promoção da Saúde, por sua complexidade, diversidade epistemológica e de práticas, evidenciam as variadas perspectivas dos problemas de saúde-doença-cuidado. Estas perspectivas relacionam-se a aspectos sociais, econômicos, culturais, históricos e humanísticos, bem como a suas causas e diferentes modos de abordagem⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Esta complexidade torna desafiadora a análise de resultados avaliativos, cujos indicadores

podem não apontar uma, mas múltiplas causas, ou ainda, não indicar relações de imputabilidade entre as intervenções e seus efeitos⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Discute-se não apenas a necessidade de se avaliar intervenções com fins de demonstrar a efetividade de procedimentos, dar visibilidade aos resultados e promover reflexão, como também adotar desenhos avaliativos que privilegiem o aprendizado, a ação e a transformação das práticas sociais, por meio de caminhos plurimetodológicos⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

As dimensões envolvidas nos pressupostos da Promoção da Saúde implicam o desenvolvimento de tecnologias específicas e inovadoras, que incluam mais do que fundamentos biomédicos, mas tenham também base nas ciências e práticas sociais e humanas⁽⁴³⁾. A avaliação em promoção da saúde deverá ser realizada por meio de instrumentos suficientemente abrangentes para comportar as dimensões supracitadas e que forneçam evidências de eficiência, eficácia e efetividade do resultado das ações na qualidade de vida das pessoas, bem como o impacto social, ético e político na comunidade envolvida⁽⁴²⁾.

Em razão dessas características das intervenções em promoção da saúde, pesquisadores destacam três variáveis críticas para avaliação de programas em Promoção da Saúde: a) utilização de uma metodologia capaz de captar a elaboração de agendas locais participativas e o fortalecimento de sujeitos sociais; b) a busca de uma decisão consensual quanto ao foco da avaliação, que pode significar definir e/ou rever as próprias metas propostas pelo projeto de promoção da saúde; e c) a incorporação na gestão dos elementos da prática avaliativa que faça a mediação entre comunidade, técnicos, financiadores e gestores locais⁽⁴²⁻⁴³⁾.

É importante ressaltar que a avaliação da Promoção da Saúde deve seguir alguns princípios que a caracterizam: 1) a avaliação deve ser participatória; 2) a avaliação deve ser introduzida no início do programa/tecnologia/serviço e participar de todas as fases do

desenvolvimento dos mesmos; e 3) os achados devem ser compartilhados com todos os atores envolvidos de modo apropriado⁽⁴²⁻⁴³⁾.

Os dados da Figura 6 ilustram o Mapa Conceitual de avaliação em saúde.

Figura 6 - Mapa Conceitual de Avaliação em Saúde

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades: a perspectiva dos Profissionais* [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com triangulação de métodos. A triangulação de métodos é a utilização de múltiplos métodos para estudar um determinado problema de investigação⁽⁴⁵⁾. Na presente pesquisa, a triangulação de métodos na presente pesquisa deu-se pela realização dos “Quatro Níveis de Avaliação de Kirkpatrick – Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados”.

4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O modelo de Quatro Níveis de Avaliação foi criado por Donald L. Kirkpatrick em 1954, como resultado de sua tese de doutorado, além dos artigos publicados em 1959. Esta metodologia vem sendo usada principalmente para avaliação dos programas de treinamento⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Até hoje, o modelo de avaliação de Kirkpatrick continua em sua essência o mesmo. O escritor e consultor Jack Phillips fez uma adição ao modelo de avaliação de Kirkpatrick, adicionando a avaliação sobre o retorno do investimento (ROI), que denominou de nível cinco de avaliação. Outro autor que propôs uma mudança no modelo de Kirkpatrick foi Hamblin (Hamblin 1978 *apud* Pilati e Jorge-Andrade, 2006), que propôs um desdobramento do nível quatro (Resultados) em dois níveis, organização e valor final⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. O nível organização está relacionado com as mudanças ocorridas no funcionamento da organização em decorrência do treinamento recebido, e o nível valor final com a melhoria dos alcances dos objetivos globais da organização, após o treinamento⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

Independente das mudanças propostas, o modelo Kirkpatrick continua válido. Em 2005, Donald Kirkpatrick recebeu um prêmio da ASTD (*American Society for Training and Development*) onde foi declarado que o modelo Kirkpatrick de avaliação vem sendo por mais de 40 anos o método de avaliação mais amplamente utilizado⁽⁴⁷⁾.

Como já referido, o modelo Kirkpatrick de avaliação é constituído por quatro níveis de avaliação: Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados⁽⁴⁷⁾.

O Nível I de avaliação (Reação) consiste na avaliação da reação dos participantes do treinamento/capacitação, ou seja, como eles reagem ou qual é a satisfação desses participantes em relação ao treinamento recebido⁽⁴⁷⁾.

O Nível II de avaliação (Aprendizagem) consiste na avaliação da apreensão dos conteúdos de treinamento dos participantes, levando-os a uma melhor compreensão dos conceitos transmitidos, ao desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de habilidades e mudanças em suas atitudes⁽⁴⁷⁾.

O Nível III de avaliação (Comportamento) consiste na avaliação da mudança de comportamento dos participantes de um treinamento/capacitação⁽⁴⁷⁾.

Por fim, o Nível IV de avaliação (Resultados) consiste na avaliação do alcance dos objetivos propostos com o treinamento/capacitação⁽⁴⁷⁾.

Para a avaliação da incorporação da tecnologia pelos profissionais de saúde de cada Unidade, foram implementados os quatro níveis de avaliação, como são apresentados na Figura 7 a seguir:

Figura 7 – Quatro níveis de avaliação após a capacitação do *Projeto Janelas*

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

4.2 ESTRUTURA PEDAGÓGICA DA “CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DA ESF PARA USO DAS TECNOLOGIAS DO PROJETO JANELAS”

O primeiro passo no processo para a capacitação foi a realização da pactuação das etapas do projeto com a coordenação do Projeto Região Oeste (PRO), para a definição do cronograma de

realização das atividades e construção dos instrumentos de caracterização das práticas dos profissionais.

Em seguida à pactuação, foram realizadas algumas reuniões com os gestores das Unidades de Saúde da Família pertencentes ao PRO, com a coordenadora do projeto e representantes da Fundação Faculdade de Medicina da USP. Este grupo estabeleceu que as Unidades enviariam as Equipes por completo; cada grupo passaria por três oficinas de capacitação de 8 horas, ao todo 24 horas de capacitação, com Equipes de três Unidades diferentes. Ao todo foram estabelecidos dez grupos (A-J). Cada Equipe participaria da capacitação quinzenalmente para não interferir no processo de trabalho e na produção da Equipe em sua Unidade (Apêndice A).

A estrutura da capacitação (Apêndice B) foi elaborada com base na primeira edição de capacitação do Projeto Janelas realizada em 2002. Na época a capacitação possuía 40h e quem era capacitado multiplicava para outros profissionais. A proposta de 40h para nosso cenário era inviável, deste modo, foram priorizados os temas, e a capacitação foi enxugada para 24h.

Na capacitação, foram abordados temas como primeira infância, proteger e cuidar, família, rede social, cuidados rotineiros (vacinação, amor e segurança, higiene, alimentação), direito das crianças, puerpério, negligência e violência. Para o trabalho e discussão dos temas, buscamos trabalhar com dinâmicas, discussão em grupos e vídeos. Foi reservado também tempo para a leitura de cada tema nos Cadernos da Equipe e da Família (Apêndice B).

Como apoio pedagógico na capacitação, foram utilizados material do Núcleo Ciência pela Infância (www.ncpi.org.br) e do programa do Canal Futura *Nota 10 Primeira Infância*, disponibilizados pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (www.fmcsv.org.br).

Infelizmente no decorrer do processo das capacitações, recebemos a solicitação para alterar a estrutura da capacitação em razão de algumas Equipes não terem conseguido participar do dia que lhes estava proposto, e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que os impedia de ausentarem-se do trabalho por 3 dias.

A capacitação foi reestruturada para um dia de 8h. Cada membro da Equipe recebeu uma pasta com seu material (Caderno da Equipe e Família) além dos questionários respectivos de cada categoria profissional e um roteiro de perguntas que, após a leitura do material, deveria ser discutido em Equipe (Apêndice C). Cada Equipe também recebeu um DVD com os vídeos, que deveriam ser assistidos pelas Equipes.

As Equipes foram redistribuídas para que todas fossem capacitadas até dezembro de 2013 (Apêndice D). No dia em que as Equipes estavam escaladas para a capacitação, deveriam levar os questionários respondidos. Na capacitação, foram mantidos os temas propostos inicialmente, e o compartilhamento das discussões era feito pelas Equipes. No dia da capacitação, as dinâmicas de grupos, vídeos e leitura do material foram cortadas em razão do pouco tempo disponível.

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no Município de São Paulo no Projeto Região Oeste. O PRO iniciou-se em 2008, pelo contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo e a Organização Social Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Esta parceria tem o intuito de reorganizar a rede de atenção à saúde dentro de um espaço populacional definido, que compreende as famílias

inscritas na Estratégia de Saúde da Família dos Distritos Administrativos Butantã/Jaguarié. Esta reorganização da atenção à saúde ocorre de forma hierarquizada e integrada, com ênfase no fortalecimento da atenção primária⁽⁴⁹⁾.

O objetivo do PRO é o desenvolvimento de uma plataforma de ensino, pesquisa e extensão, conciliando as atividades acadêmicas e assistenciais. A atenção à saúde é prevista de maneira hierarquizada, dentro de um sistema de referência e contrarreferência entre a atenção primária, secundária e terciária⁽⁴⁹⁾.

O PRO atua na Supervisão Técnica do Butantã e no Distrito Administrativo do Jaguarié, que pertence à Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros⁽⁴⁹⁾.

Esta Microrregião está localizada na zona oeste do Município de São Paulo e possui cerca de 420 mil habitantes, pertence à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste. Os dados da Figura 8 apresentam a região de atuação do PRO.

Figura 8 – Região de atuação do PRO

Fonte: Prefeitura de São Paulo²

² Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406>

Os dados da Figura 9 apresentam os equipamentos de saúde de atuação do PRO.

Figura 9 - Equipamentos de Saúde de atuação do PRO

Fonte: Projeto Região Oeste³

Na Figura 9, estão indicadas as Unidades de atuação do PRO.

O contrato de gestão Microrregião envolve ⁽⁴⁹⁾:

- UBS Vila Dalva
- UBS Jardim Boa Vista
- UBS/AMA Jardim São Jorge
- UBS/AMA Vila Nova Jaguaré
- UBS Jardim d'Abril
- UBS/AMA Paulo VI
- UBS/AMA Vila Sônia

O contrato de Gestão de Prontos-Socorros envolve⁽⁴⁹⁾:

- Pronto-Socorro Municipal do Butantã

³ Disponível em: <http://pro.fm.usp.br/>

Os convênios envolvem as UBSs⁽⁴⁹⁾:

- Real Parque
- Dr. M. J. Pêra
- Malta Cardoso
- Vila Piauí
- Parque da Lapa
- Vila Jaguará

Os parceiros envolvem⁽⁴⁹⁾:

- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
- Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
- Centro de Saúde Escola (CSE) Butantã

Os dados da Tabela 1 apresentam a população e a área das Subprefeituras Butantã e Lapa.

Tabela 1 - População e área das Subprefeituras Butantã e Lapa

Subprefeitura	Distrito	Área (km ²)	População (2010)	Densidade demográfica (Hab/km ²)
Butantã	Butantã	12,50	54.196	4.336
	Morumbi	11,40	46.957	4.119
	Raposo Tavares	12,60	1000.164	7.950
	Rio Pequeno	9,70	118.459	12.212
	Vila Sônia	9,90	108.441	10.954
	TOTAL	56,10	428.217	7.633
Lapa	Barra Funda	5,60	14.383	2.568
	Jaguara	4,60	24.895	5.412
	Jaguare	6,60	49.863	7.555
	Lapa	10,00	65.739	6.574
	Perdizes	6,10	111.161	18.223
	Vila Leopoldina	7,20	39.485	5.485
	TOTAL	40,10	305.526	7.619

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo⁴

⁴ Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos desta pesquisa foram os médicos e enfermeiros de 30 Equipes de Saúde da Família pertencentes ao PRO. Compuseram a amostra parcial (Níveis I e II de avaliação) doze médicos e vinte e dois enfermeiros; e a amostra final (Níveis III e IV) foi de nove médicos e dezessete enfermeiros.

A amostra pretendida e desejada era de 31 médicos e 31 enfermeiros, mas nem todas as Equipes possuem médicos e enfermeiros. Alguns desses profissionais não participaram de todo o processo de capacitação, em razão disso foram excluídos da amostra. Por mudança na estrutura da capacitação, uma Equipe não foi capacitada.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram criados alguns formulários. No início da oficina, foi aplicado um pré-teste (Apêndice E). Este consiste em 20 questões do tipo likert que avaliam os assuntos como cuidado integral, cuidados essenciais na infância, cuidado e patrimônio familiar e rede social, que foram abordados na oficina de capacitação com o intuito de se compreender o que os profissionais já sabem a respeito do tema.

No Nível I foi aplicada uma Avaliação da Reação (Apêndice F). Esta avaliação consistiu em cinco perguntas nas quais o profissional poderia marcar de excelente a fraco, além de realizar comentários em cada questão, e uma pergunta geral sobre a melhora da oficina. Estas

perguntas basicamente se relacionaram à oficina em si e a seu conteúdo.

No Nível II, foi aplicado um pós-teste (Apêndice E), que consistiu nas mesmas perguntas realizadas no pré-teste, mas foi respondido após terem sido capacitados, com o intuito de não de avaliar se as questões estavam certas ou erradas, mas, sim, se houve um aumento na concordância das respostas após a capacitação, observando assim a apreensão dos conteúdos trabalhados na capacitação.

Nos Níveis III e IV, foram realizadas reuniões de supervisão com as Equipes capacitadas. Para esta supervisão, foi utilizado um roteiro de perguntas semiestruturadas (Apêndice G) para conduzir a conversa com as Equipes. O roteiro continha perguntas sobre o uso ou não das tecnologias, dificuldades e facilidades enfrentadas pelos profissionais e famílias em que foram empregadas as tecnologias e mudanças na prática profissional.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A “Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas” foi realizada no período entre março e dezembro de 2013. A coleta de dados dos Níveis I e II ocorreu no período da capacitação. A coleta dos Níveis III e IV foi entre maio e outubro de 2014, pelo menos, 7 meses após a capacitação, dando tempo para que as Equipes de Saúde da Família se estruturassem para a mudança de suas práticas.

Abaixo seguem os procedimentos de coleta de cada Nível de avaliação, de acordo com o modelo de capacitação que a Equipe foi submetida.

Nível I:

- Modelo 1 de capacitação:

Quando as Equipes chegaram para a capacitação receberam pastas com os Cadernos de Equipe e da Família, além da programação da capacitação, um bloco de notas e uma caneta.

No final do terceiro dia de capacitação, foi entregue o questionário de Avaliação da Reação (Apêndice F), que era preenchido e entregue antes que os médicos e enfermeiros fossem embora.

- Modelo 2 de capacitação:

Neste modelo de capacitação, a avaliação ocorreu do mesmo modo do modelo 1 de capacitação. A diferença é que a capacitação foi realizada em 1 dia, e no final desse dia foi entregue o questionário de Avaliação da Reação (Apêndice F), que era preenchido e entregue, antes que os médicos e enfermeiros fossem embora.

Nível II:

- Modelo 1 de capacitação:

No início da capacitação, com a pasta do material foi entregue o pré-teste (Apêndice E), para avaliação dos conhecimentos prévios dos conteúdos ministrados.

Da mesma maneira que na Avaliação da Reação, ao final do 3º dia foi entregue o pós-teste (Apêndice E), o mesmo teste aplicado no início, para avaliação da apreensão do conteúdo proposto. Os testes

(pré e pós) foram comparados, a fim de avaliar a se houve aumento da concordância com os conteúdos propostos após a capacitação.

- Modelo 2 de capacitação:

O pré-teste (Apêndice E) foi encaminhado com a pasta aos médicos e enfermeiros. Os profissionais deveriam responder ao questionário antes de lerem o material. Este pré-teste foi entregue preenchido no início da capacitação. Alguns profissionais chegaram à capacitação sem ter respondido ao material. Como os profissionais que não responderam também não realizaram a leitura do material, foi permitido que preenchessem o pré-teste antes da capacitação iniciar.

O pós-teste (Apêndice E) era preenchido ao final da capacitação e entregue antes de irem embora.

Nível III e IV

Os Níveis III e IV foram coletados durante as reuniões de supervisão das Equipes capacitadas. Estas supervisões ocorreram entre maio e outubro de 2014. Para a coleta desses Níveis, não houve diferença entre as Equipes que foram capacitadas nos dois modelos existentes.

As supervisões eram marcadas com as Equipes, geralmente, no próprio horário de reunião da Equipe. Para a condução da supervisão, foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice G) que foi preenchido e conduzido, como uma conversa para levantamento das informações.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O presente projeto passou por avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – EEUSP. Pareceres nº: 151.088 e 145.626, respectivamente (Anexos 1 e 2). Após a aprovação, foram iniciadas as capacitações e a coleta de dados; por meio do Termo de Consentimento os sujeitos receberam todas as orientações, tiraram suas dúvidas e, por livre e espontânea vontade, participaram da pesquisa, sem que isso acarretasse nenhum tipo de prejuízo aos mesmos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H) foi feito em duas vias e com linguagem acessível, abordando justificativa, objetivos e procedimentos, riscos possíveis e benefícios esperados, garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa, forma de acompanhamento e assistência, liberdade para recusar a participação ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegure privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável e contato.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Dada a especificidade dos níveis de avaliação, eles foram analisados diferenciadamente.

As variáveis independentes foram cruzadas a fim de avaliar se houve alguma relação entre os resultados obtidos. O teste de Fisher

foi aplicado para análise de significância estatística (valor de p) nos cruzamentos.

Os Níveis I, II e IV foram tabulados no software *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 e analisados pelo registro da frequência simples das informações obtidas e do cruzamento de dados que pareceram importantes para o objetivo do estudo com o auxílio do Excel. No Nível IV, foram somente tabulados, analisados e cruzados os dados referentes aos resultados finais, se incorporavam ou não a tecnologia.

Nos Níveis III e IV, nas falas dos profissionais foi feita uma análise temática de Bardin, que consiste em descobrir os temas ou núcleos de sentido da comunicação em que sua frequência significa algo em relação ao objeto analisado⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

A análise temática pode ser dividida em três etapas⁽⁵⁰⁾:

1. Pré-análise: retomada da hipótese e dos objetivos da pesquisa e determinação:
 - a. Da unidade de registro, podendo ser uma palavra-chave ou frase;
 - b. Da unidade de contexto;
 - c. Dos recortes;
 - d. Da forma de categorização e codificação; e
 - e. Dos conceitos.
2. Exploração do Material: ler o texto, classificando-o a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio do uso de categorias ou palavras-chave.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados são submetidos à análise estatística simples, ex.

porcentagem, em seguida, são realizadas interpretações de acordo com o quadro teórico.

4.9 VARIÁVEIS

As variáveis independentes são aquelas usadas para explicar a variável dependente ou o fenômeno a ser estudado⁽⁵²⁾. De acordo com a revisão bibliográfica, a incorporação de tecnologias é influenciada por fatores que foram escolhidos para uso nesta pesquisa:

- Idade do profissional;
- Tempo de formação;
- Local de formação;
- Especialidade; e
- Tempo de atuação na unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para comporem a amostra inicial da pesquisa, os sujeitos precisavam participar de todo o processo de capacitação e responder a três questionários (Avaliação da Aprendizagem pré e pós-capacitação e Avaliação da Reação).

O Projeto Região Oeste no período da “Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas” possuía seis Unidades de Saúde da Família, compondo ao todo 31 Equipes de Saúde da Família. Das 31 Equipes, 30 foram capacitadas.

Como referido no capítulo de metodologia, as Equipes deveriam participar completa (com todos os membros – enfermeiro, médico, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) do processo de capacitação. Infelizmente, nem todas participavam completa. Algumas Equipes não possuíam médico; outras, enfermeiro, ou mesmo, estes não compareciam à capacitação em algum ou todos os dias.

A amostra inicial da pesquisa (1ª e 2ª fases) foi composta por 34 sujeitos. 26% (8) pertenciam à Unidade 1, 6% (2) à Unidade 2, 10% (6) à Unidade 3, 13% (4) à Unidade 4, 22,5% (7) à Unidade 5 e 22,5% (7) à Unidade 6 como visto nos dados do Gráfico 1. A maioria dos sujeitos encontrava-se na faixa entre 30 e 40 anos de idade (Gráfico 2). Destes, 34 sujeitos, 22 eram enfermeiros e 12 médicos, conforme os dados do Gráfico 3.

Os dados do Gráfico 1 apresentam a distribuição de sujeitos por Unidade.

Gráfico 1 - Distribuição de Sujeitos por Unidade

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 2 apresentam a idade dos sujeitos.

Gráfico 2 - Idade dos sujeitos

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 3 apresentam a profissão dos sujeitos.

Gráfico 3 - Profissão dos sujeitos

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 4 apresentam a especialidade dos sujeitos.

Gráfico 4 - Especialidade dos sujeitos

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Foi possível observarmos que 18% (6) dos profissionais não possuíam especialidade, todos estes profissionais eram enfermeiros. Embora ainda existam profissionais sem especialidade, 73% (25) dos sujeitos eram especialistas na área (saúde coletiva, medicina de família e comunidade, saúde da família e saúde pública), dado que corrobora o fato de possuírem em sua maioria (27, 79% Gráfico 2) idade inferior a 40 anos e, nas últimas décadas, a oferta de cursos de especialização e residência na área de Saúde da Família ter aumentado.

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou um documento com o perfil dos médicos e enfermeiros de Saúde da Família na época⁽⁵³⁾. Na época, somente 5,5% dos enfermeiros e 37,2% dos médicos eram especialistas, geralmente, em outras áreas. Já em estudos recentes, como um realizado em Vitória (ES), 64% dos enfermeiros na Saúde da Família já eram especialistas, e outro estudo feito em Goiás, em 2009, apresentou 77,65% dos enfermeiros na Saúde da Família com especialização⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾. Estes dados demonstram que os profissionais de nível superior que trabalham na Saúde da Família a cada dia vêm investindo mais na formação.

Canesqui e Spinelli (2006) referem que a especialização em Saúde da Família pelos profissionais médicos e enfermeiros no Mato Grosso indica um esforço da Secretaria Estadual de Saúde em qualificar seus profissionais para atuarem na área⁽⁵⁶⁾. O mesmo esforço vem sendo visto em outras regiões, especialmente, com a proposta de parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde ao formalizaram o acordo de cooperação técnica para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na área da Saúde. Uma das ações propostas e vigentes é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o qual visa a transformar o processo de formação na área da saúde⁽⁵⁷⁾. Outra ação com impacto direto nos profissionais da Estratégia Saúde da Família

é o apoio à Residência Multiprofissional em Saúde com foco na capacitação em larga escala⁽⁵⁸⁾.

Um exemplo da formação dos profissionais da ESF é o trabalho de Ronzani e Silva (2008)⁽⁵⁹⁾. Estes autores, ao avaliarem os profissionais da ESF, verificaram que os profissionais com níveis superior e técnico tiveram sua formação essencialmente para o contexto hospitalar e um terço dos profissionais especializaram-se em Saúde da Família⁽⁵⁹⁾.

Gonçalves; Soares; Troll e Cyrino (2009) citam a importância da formação especializada, e esse dado é uma opinião unânime por parte dos médicos entrevistados na pesquisa⁽⁶⁰⁾.

Em relação ao local de formação, 33% (11) eram formados em Instituição de Ensino Superior Pública, 64% (22), em Instituição de Ensino Superior Privada e 3% (1) somente na cidade de formação (Gráfico 5). No perfil dos médicos e enfermeiros de Saúde da Família no Brasil, em 2000, mais de 70% dos médicos e dos enfermeiros eram graduados em Instituições de Ensino Superior Públicas⁽⁵³⁾. Um perfil bem diferente ao comparar com os sujeitos desta pesquisa.

Os dados do Gráfico 5 citam o local de formação dos sujeitos.

Gráfico 5 - Local de Formação dos sujeitos – Instituição de Ensino Superior (IES)
Privada e Pública

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Quadro 4 mostram as instituições de Ensino Superior dos sujeitos da pesquisa.

Quadro 4 - Instituições de Ensino Superior dos sujeitos da Pesquisa

IES Privada	IES Pública
Universidade Bandeirantes	Universidade de São Paulo
Uni A	Universidade Estadual do Pará
Universidade de Taubaté	Universidade Federal de São Paulo
Faculdade Hospital Israelita Albert Einstein	Universidade Estadual de Londrina
Universidade Paulista	Universidade Estadual de Campinas
Pontifícia Universidade Católica de Campinas	
Faculdade de Medicina de Jundiaí	
Faculdade Farias Brito	
Universidade Santo Amaro	
Faculdade São José	
Centro Universitário São Camilo	
Universidade de Santos	

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

A maioria (73%; 24) dos profissionais que participou da pesquisa, trabalha há menos de 5 anos na Unidade (Gráfico 6). Este dado não significa necessariamente que estes profissionais atuem há menos de 5 anos na Saúde da Família, como vemos no Gráfico 7, em que a maioria (46%, 15) é formada entre 5 e 10 anos. Alguns dos enfermeiros da pesquisa, por exemplo, já trabalhavam na Unidade como técnicos/auxiliares antes de se formarem.

Os dados do Gráfico mostram o tempo de trabalho na Unidade.

Gráfico 6 - Tempo de trabalho na Unidade

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 7 mostram o tempo de formação dos profissionais.

Gráfico 7 - Tempo de formação

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

5.2 NÍVEIS DE AVALIAÇÃO DE KIRKPATRICK

5.2.1 Nível I – Avaliação da Reação

A Avaliação da Reação tem o objetivo de avaliar a capacitação em si, ou seja, sua estrutura pedagógica. Os sujeitos deveriam avaliar a capacitação em relação ao conteúdo proposto, material, facilitadores e mudanças pertinentes na capacitação. Para isto foi entregue um questionário com seis perguntas; e a última pergunta era uma questão aberta onde as respostas foram categorizadas.

A “Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas” inicialmente foi estruturada para ser realizada em 3 dias de 8h, completando um total de 24h de capacitação. Cada Equipe de Saúde da Família completa participaria de um encontro de capacitação quinzenalmente. A capacitação era realizada às terças-feiras na Escola Técnica (ETEC) Uirapuru com três Equipes. Ao todo

seriam realizados dez grupos de capacitação (A-J), como pode ser visto no Apêndice 1.

Após a capacitação de cinco grupos (A-E) e, em alguns grupos, nem todas as Equipes escaladas participaram, foi solicitado que mudássemos a estratégia de capacitação. A capacitação de 3 dias passou para 1 dia, todo o material que era entregue no primeiro dia de capacitação foi entregue para cada membro das Equipes em pastas específicas para a categoria profissional. Todos deveriam responder aos questionários encaminhados nas respectivas pastas, ler os Cadernos de Equipe e de Família e discutir em Equipe o roteiro das perguntas que foi encaminhado nas pastas. No dia da capacitação, cada Equipe contribuía com sua discussão prévia.

Tivemos dois modelos de capacitação que foram avaliados, mas, de modo geral, a avaliação da capacitação foi positiva, como pode ser visto nos dados dos Gráficos 8 a 12.

Os dados do Gráfico 8 apresentam a pergunta 1 do questionário de Avaliação da Reação.

Gráfico 8 - Pergunta 1: Como você avalia o assunto? (interesse, benefício, etc.)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 9 apresentam a pergunta 2 do questionário de Avaliação da Reação.

Gráfico 9 - Pergunta 2: Você acha o assunto da oficina importante e pertinente para sua prática profissional?

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 10 apresentam a pergunta 3 do questionário de Avaliação da Reação.

Gráfico 10 - Pergunta 3: O material da oficina é de fácil uso?

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 11 apresentam a pergunta 4 do questionário de Avaliação da Reação.

Gráfico 11 - Pergunta 4: Você será capaz de aplicar o que foi ensinado na oficina?

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 12 apresentam a pergunta 5 do questionário de Avaliação da Reação.

Gráfico 12 - Pergunta 5: Como você avalia os facilitadores da oficina? (conhecimento do assunto, capacidade de comunicação, etc.)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

As respostas da pergunta 6 do questionário de Avaliação de Reação sobre o que o participante achava que poderia ser melhorado, foram categorizadas em 19 respostas. Estas variaram, desde nenhuma mudança, a infraestrutura do local da capacitação e a finalidade e desenvolvimento da capacitação, conforme os dados da Tabela 2.

Tabela 2 - Temas das mudanças sugeridas pelos sujeitos da capacitação

TEMAS		Total
1.	Nenhuma mudança	33% (11)
2.	Local (infraestrutura, acústica)	6% (2)
3.	Ampliar a troca de experiências	12% (4)
4.	Diminuir o tempo de leitura	15% (5)
5.	Mais uso de recurso audiovisual	3% (1)
6.	Tempo de oficina (muitos dias)	6% (2)
7.	Separar por categoria profissional	3% (1)
8.	Horário do almoço	6% (2)
9.	Incluir a abordagem do parto vaginal	3% (1)
10.	Fazer dramatização como teste	3% (1)
11.	Entregar o material com 3 meses de antecipação	3% (1)
12.	Melhorar a proposta de aplicação dos instrumentos	3% (1)
13.	Metodologia da oficina que não possibilita diálogo e discussão	3% (1)
14.	A capacitação deveria ser voltada para as reais necessidades	3% (1)
15.	A capacitação realizada fora do horário de trabalho	3% (1)
16.	A capacitação deveria ser realizada no período matutino	3% (1)
17.	Seria melhor como capacitação de ACSs	3% (1)
18.	Mais tempo de capacitação	3% (1)
19.	Discussão com participação dos ACSs	3% (1)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Uma grande parcela dos participantes não sugeriu nenhuma mudança na capacitação. A infraestrutura embora fosse um espaço muito bom, tinha uma acústica péssima. Quando os alunos da ETEC saíam para o intervalo, não conseguíamos nos escutar, o que acabava prejudicando o andamento da capacitação. O almoço dos participantes era servido no restaurante local e, inicialmente, acontecia no período do 12-13h, mesmo horário que os alunos saíam da aula.

Como muitos alunos também almoçavam no restaurante, os responsáveis pelo restaurante solicitaram que nosso almoço ocorresse às 11h da manhã, em razão da quantidade de mesas e cadeiras disponíveis ser insuficiente para nós e aos alunos da ETEC. Este horário desagradou a muitos participantes, mas era algo que saía de nossa governabilidade, sendo entendido por alguns participantes, mas, outros não entendiam.

As mudanças 9 a 19 foram sugeridas por participantes do modelo de capacitação de 1 dia. A capacitação de 1 dia requeria a leitura e a discussão prévia pelas Equipes, como muitas equipes não conseguiam ler, previamente, as discussões ficavam muito superficiais.

Os resultados da Avaliação da Reação foram cruzados com o tipo de capacitação (1 ou 3 dias) e com a categoria profissional (enfermeiro ou médico). Assim, os dados foram cruzados para avaliar se o tipo de capacitação ou mesmo a categoria profissional influenciava na reação dos participantes da capacitação. Mas, como pode ser visto nos dados das Tabelas 2 e 3, não houve diferença estatística. Apesar de não haver diferença significativa em razão do N pequeno da amostra, é possível ver que 95% (19) dos sujeitos que participaram de 1 dia de capacitação avaliam melhor o assunto da capacitação versus 75% (9) daqueles que participaram 3 dias. No entanto, em relação à importância do assunto da oficina 100% (12) dos sujeitos que participaram de 3 dias avaliaram muito bem versus 75,3% (17) que participaram em 1 dia.

A terceira pergunta foi sobre o uso do material, se ele era ou não de fácil uso. Nesta questão, vemos que os sujeitos que participaram de 3 dias de oficina de capacitação tiveram um maior tempo para manusear e conhecer o material do que quem participou de 1 dia. As equipes que participaram de 1 dia de capacitação deveriam ler com antecedência o material, além de discutirem os

assuntos em Equipe para que a discussão fosse compartilhada no dia da oficina entre as Equipes participantes. Infelizmente, muitas equipes não tiveram tempo de realizar a leitura prévia e, em 1 dia de capacitação, não houve tempo hábil para a leitura ser realizada no período da oficina.

Em relação a quarta questão sobre a capacidade para aplicação do que foi ensinado, como esperado aqueles que participaram de 3 dias de oficina referiram estar mais capazes de aplicar o que foi ensinado do que os que participaram somente de 1 dia, dos quais inclusive apareceu resposta como “algumas vezes”.

A quinta questão avaliou os facilitadores das oficinas. Estas eram sempre conduzidas por, pelo menos, duas facilitadoras. Só no grupo de 1 dia de capacitação, que as facilitadoras foram avaliadas como regular, o contato com elas por este grupo foi muito mais breve do que em relação ao grupo de 3 dias.

Os dados da tabela 3 apresentam o cruzamento da Avaliação da Reação com os dias de capacitação.

Tabela 3 - Cruzamento Avaliação da Reação com dias de capacitação

		3 dias	1 dia
Como você avalia o assunto? (interesse, benefícios, etc.)	Excelente	25% (3)	40,9%(9)
	Muito bom	50% (6)	45,5%(10)
	Bom	25% (3)	9,1%(2)
	Fraco	0% (0)	4,5% (1)
	Total	100% (12)	100% (22)
Você acha o assunto da oficina importante e pertinente para sua prática profissional?	Excelente	33,3%(4)	36,4%(8)
	Muito bom	66,7% (8)	40,9%(9)
	Bom	0% (0)	18,2%(4)
	Fraco	0% (0)	4,5%(1)
	Total	100% (12)	100% (22)
O material da oficina é de fácil uso?	Sim	91,7%(11)	77,3%(17)
	Mais ou menos	8,3%(1)	18,2%(4)
	Não	0%(0)	4,5%(1)
	Total	100% (12)	100% (22)
Você será capaz de aplicar o que foi ensinado na oficina?	Totalmente	58,3%(7)	50%(11)
	Parcialmente	41,7%(5)	36,4%(8)
	Algumas vezes	0%(0)	13,6%(3)
	Total	100% (12)	100% (22)
Como você avalia os facilitadores da oficina? (conhecimento do assunto, capacidade de comunicação, etc.)	Excelente	16,7%(2)	68,2%(15)

(Cont)

		(Cont)	
		3 dias	1 dia
	Muito bom	66,7%(8)	9,1%(2)
	Bom	16,7%(2)	4,5%(1)
	Regular	0%(0)	18,2%(4)
	Total	100% (12)	100% (22)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados da Tabela 4 trazem o cruzamento da Avaliação da Reação da capacitação com a categoria profissional, médico ou enfermeiro. Como a tabela anterior, não houve diferença estatística significativa, mas vemos que os enfermeiros possuem uma predisposição melhor dos que os médicos. Eles estavam em número maior, pois, geralmente, não faltavam às capacitações e quando observamos as respostas, eles avaliaram melhor e deram maior importância ao assunto. Quanto à facilidade do uso do material, também avaliaram melhor. E, em relação à capacidade para aplicar o que foi ensinado, também se sentiam mais capazes.

Os cursos de graduação em enfermagem vêm buscando formar enfermeiros com uma base melhor para a assistência na Atenção Primária à Saúde há mais tempo. A formação médica com a implantação nos últimos anos das novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação tem enfatizado e reformulado a formação médica no Brasil, buscando responder às necessidades de mudanças na prática médica, voltando-se à Atenção Primária, apesar ainda de ainda haver uma predileção para as especialidades hospitalares⁽⁶¹⁻⁶²⁾. Gonçalves; Soares; Troll e Cyrino (2009) entrevistaram médicos que trabalhavam na Saúde da Família, que referiram que faltou na formação deles um enfoque na Atenção Primária à Saúde que os fizessem ter uma experiência longitudinal e uma visão abrangente da Atenção Básica⁽⁶⁰⁾.

Os dados da Tabela 4 mostram o cruzamento da Avaliação da Reação com a categoria profissional.

Tabela 4 - Cruzamento da Avaliação da Reação com a categoria profissional

		Enfermeiro	Médico
Como você avalia o assunto? (interesse, benefícios, etc.)	Excelente	31,8%(7)	41,7%(5)
	Muito bom	54,5% (12)	33,3%(4)
	Bom	13,6% (3)	16,7%(2)
	Fraco	0% (0)	8,3% (1)
	Total	100% (22)	100% (12)
Valor de p (teste de Fisher)			
Você acha o assunto da oficina importante e pertinente para sua prática profissional?	Excelente	27,3%(6)	50%(6)
	Muito bom	63,6% (14)	25%(3)
	Bom	9,1% (2)	16,7%(2)
	Fraco	0% (0)	8,3%(1)
	Total	100% (12)	100% (22)
Valor de p (teste de Fisher)			
O material da oficina é de fácil uso?	Sim	86,4%(19)	75%(9)
	Mais ou menos	13,6%(3)	16,7%(2)
	Não	0%(0)	8,3%(1)
	Total	100% (22)	100% (12)
Valor de p (teste de Fisher)			
Você será capaz de aplicar o que foi ensinado na oficina?	Totalmente	63,6%(14)	33,3%(4)
	Parcialmente	31,8%(7)	50%(6)
	Algumas vezes	4,5%(1)	16,7%(2)
	Total	100% (22)	100% (12)
Valor de p (teste de Fisher)			
Como você avalia os facilitadores da oficina? (conhecimento do assunto, capacidade de comunicação, etc.)	Excelente	50%(11)	50%(6)
	Muito bom	31,8%(7)	25%(3)
	Bom	13,6%(3)	0%(1)
	Regular	4,5%(1)	25%(3)
	Total	100% (22)	100% (12)
Valor de p (teste de Fisher)			

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Como vimos nos dados dos gráficos e tabelas apresentadas, de modo geral, a capacitação foi bem avaliada. Uma limitação que podemos apontar foi justamente construirmos uma Avaliação da Reação sem experiência prévia em psicometria, esse tipo de construção de pergunta pode ter induzido respostas mais positivas do que negativas.

A capacitação oferecida às Equipes de Saúde da Família integrou a Educação Continuada do Projeto Região Oeste. Todo o processo e planejamento da capacitação foi discutido com a

Educação Continuada. Nosso modelo de capacitação, apesar de buscar a problematização do cotidiano do trabalho dos profissionais ainda permaneceu na lógica do “modelo escolar”, onde o profissional é isolado de seu contexto de trabalho, a fim de ser sensibilizado com o conhecimento novo que está sendo capacitado⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

A grande expectativa em uma capacitação é que o conhecimento transmitido seja incorporado à prática de trabalho, infelizmente, as mudanças reais não se igualam aos esforços e recursos investidos⁽⁶³⁾.

Necessariamente, os processos educativos devem emergir da organização do trabalho. Muitos dos problemas relacionados com a “reforma” dos profissionais é que a demanda pela reforma parte de fora e não é derivada do próprio processo de trabalho. É necessária também a incorporação de questões da especificidade do trabalho, a fim de saber as tecnologias e conhecimentos já utilizados⁽⁶⁴⁾.

Nos processos educativos, os problemas mais comuns que ocorrem emergem do fato das capacitações serem desvinculadas da prática concreta dos profissionais e, com isso, os trabalhadores são inseridos de maneira casuísta, a infraestrutura dos serviços é fragilizada, além de ser lançada mão de metodologias tradicionais para a capacitação dos profissionais⁽⁶⁴⁾.

5.2.2 Nível II – Avaliação da Aprendizagem

O objetivo da Avaliação da Aprendizagem é avaliar o quanto os participantes da capacitação apreenderam os conteúdos ministrados.

Na “Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas”, médicos e enfermeiros avaliaram a

apreensão dos conteúdos ministrados, como cuidado integral, cuidados essenciais na infância, cuidado e patrimônio familiar e rede. Para isto, foi aplicado um questionário prévio sobre a capacitação e o mesmo foi aplicado ao término da capacitação. O questionário pré e pós-capacitação era composto por 20 questões em escala de likert (Apêndice E). A intenção do questionário não era avaliar os conteúdos como certo ou errado, mas, sim, o quanto eles “melhoraram” o conhecimento sobre do assunto após a capacitação.

Os dados da Tabela 5 mostram as médias das respostas pré e pós-capacitação. As respostas das perguntas eram dadas em uma escala de Likert, variando entre “discordo muito”, discordo em partes”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo muito”. Cada uma das respostas foi numerada de 1 a 5, sendo 1 “discordo muito” e 5 “concordo muito”. A média das respostas foi toda entre “concordo” e “concordo muito”. Houve diferença estatística significativa em apenas cinco das 20 questões.

De maneira geral, as questões em que houve diferença estatística, faziam parte dos cinco grandes conceitos trabalhados na oficina de capacitação. Mas, o grande conceito despertado nos profissionais foi o primeiro, cuidado integral, no qual foi incentivada a ampliação da visão dos profissionais para o desenvolvimento infantil. Esta ampliação de olhares leva o profissional de saúde a se responsabilizar para conhecer as rotinas familiares mais de perto e incentivar a participação da família no desenvolvimento da criança nos cuidados rotineiros, como alimentação, higiene e brincadeira. A questão em que houve maior diferença estatística foi a da identificação dos patrimônios familiares. Patrimônio familiar de modo que é trabalhado no desenvolvimento infantil, é um conceito comum na área de assistência social, mas novo na área da saúde. Esta visão encara o patrimônio como as potencialidades que a família possui (por exemplo, rede social de apoio) e não somente o bem material, como popularmente se entende por patrimônio⁽¹⁸⁾.

Os dados da Tabela 5 mostram os cruzamentos da Avaliação da Aprendizagem pré e pós-capacitação.

Tabela 5 - Cruzamentos de Avaliação da Aprendizagem pré e pós capacitação

Questões		Média	Desvio padrão	Valor de p
Para a assistência a criança na atenção básica, é imprescindível que se avaliem os marcos do desenvolvimento pondero-estatural da criança	AC	4,56	0,824	0,165
	PC	4,76	0,431	
Os relacionamentos da criança com a mãe, o pai e irmãos são importantes para o desenvolvimento neuropsicomotor, afetivo e social pleno da criança	AC	4,76	0,606	0,201
	PC	4,91	0,288	
O papel do profissional de saúde é apoiar a família na construção de um relacionamento afetivo com a criança	AC	4,32	0,638	0,325
	PC	4,44	0,613	
Os vínculos próximos entre o profissional de saúde e o cuidador primário da criança são importantes	AC	4,53	0,507	0,083
	PC	4,71	0,524	
A rotina doméstica de cuidados é uma importante forma de estimulação da criança, e o profissional de saúde deve reconhecê-la	AC	4,5	0,508	0,160
	PC	4,62	0,493	
É papel do profissional de saúde ajudar a família a manter uma rotina de cuidados da criança	AC	4,47	0,662	0,744
	PC	4,5	0,663	
É papel do profissional de saúde ajudar a família a identificar as diferentes necessidades que a criança possui em cada fase de seu desenvolvimento	AC	4,68	0,475	0,488
	PC	4,74	0,448	
É importante que o profissional de saúde decida juntamente com a família a identificar as diferentes necessidades que a criança possui em cada fase de seu desenvolvimento	AC	4,53	0,507	0,374
	PC	4,62	0,493	
O profissional de saúde deve estimular a família a realizar brincadeiras com as crianças	AC	4,47	0,563	0,488
	PC	4,53	0,615	
É papel do profissional de saúde incentivar a família a acariciar e conversar com a criança	AC	4,13	0,793	0,003
	PC	4,47	0,761	
É papel do profissional de saúde orientar a família a incentivar maior independência da criança em atividades rotineiras, como se vestir, tomar banho, comer e brincar	AC	4,41	0,560	0,184
	PC	4,59	0,665	
O profissional de saúde deve incentivar a família a criar oportunidades de participação e convivência com todos os membros, por exemplo, em refeições	AC	4,38	0,707	0,447
	PC	4,47	0,621	
É papel do profissional discutir com o cuidador primário qual deve ser a alimentação mais adequada à idade da criança	AC	4,47	0,621	0,325
	PC	4,59	0,712	
O profissional de saúde precisa conhecer os hábitos de higiene familiar e as dificuldades para a sua manutenção, como a estratégia a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor	AC	4,28	0,813	0,027
	PC	4,56	0,564	
É papel do profissional de saúde auxiliar a família a identificar se o lugar onde a criança brinca, dorme e alimenta-se é seguro para sua integridade física	AC	4,44	0,564	0,057
	PC	4,59	0,499	

(Cont)

Questões		Média	Desvio padrão	(Cont) Valor de p
É papel do profissional de saúde orientar a família a colocar em prática os direitos sociais e civis que a criança possui (convivência familiar e comunitária, saúde, educação, esporte, lazer e cultura, registro civil)	AC	4,38	0,660	0,721
	PC	4,44	0,801	
O profissional de saúde deve incentivar que a família valorize as expressões das percepções, ideias e sentimentos da criança	AC	4,45	0,568	0,161
	PC	4,58	0,564	
Identificar e fortalecer os patrimônios que a família possui, é importante para a assistência na Atenção Básica	AC	4	0,803	0,008
	PC	4,38	0,751	
O profissional de saúde deve ajudar a família a identificar e acionar as redes sociais que possui	AC	4,42	0,502	0,018
	PC	4,68	0,541	
As redes sociais da família são recursos imprescindíveis para a sustentabilidade da saúde da família	AC	4,14	0,875	0,009
	PC	4,52	0,688	
*AC = antes da capacitação; PC = pós capacitação		Valor de p = < 0,05 (Teste de Fisher)		

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Da mesma maneira que, na Avaliação da Reação, as médias das respostas pré e pós-capacitação foram cruzadas com o tipo de capacitação (1 e 3 dias) e a categoria profissional (enfermeiros e médicos).

As questões em que houve diferença estatística significativa foram a questão 3 (A rotina doméstica de cuidados é uma importante forma de estimulação da criança, e o profissional de saúde deve reconhecê-la), a questão 7 (É papel do profissional de saúde ajudar a família a identificar as diferentes necessidades que a criança possui em cada fase de seu desenvolvimento), a questão 10 (É papel do profissional de saúde incentivar a família a acariciar e conversar com a criança), a questão 11 (É papel do profissional de saúde orientar a família a incentivar maior independência da criança em atividades rotineiras, como se vestir, tomar banho, comer e brincar) e a questão 18 (Identificar e fortalecer os patrimônios que a família possui, é importante para a assistência na Atenção Básica). Em todas estas

questões, houve um aumento na concordância das respostas após a capacitação.

Os dados do Gráfico 13 mostram que os enfermeiros melhoraram mais que os médicos a resposta após a capacitação.

Gráfico 13 - Interação de medida longitudinal questão 3 x categoria profissional

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 14 mostram que os enfermeiros melhoraram as respostas após a capacitação, e os médicos pioraram após a capacitação.

Gráfico 14 - Interação de medida longitudinal questão 7 x categoria profissional

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados dos Gráficos 15 e 16 mostram que, na questão 10 houve diferença estatística no tipo de capacitação e na categoria profissional. Os participantes de 3 dias de capacitação melhoraram mais a resposta após a capacitação e os enfermeiros tiveram uma média maior que os médicos, tanto na pré como na pós-capacitação, mas ambos tiveram melhora.

Gráfico 15 - Interação de medida longitudinal questão 10 x tipo de capacitação

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Gráfico 16 - Interação de medida longitudinal questão 10 x categoria profissional

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 17 mostram que quem participou de 3 dias de capacitação melhorou as respostas, e os que participaram de 1 dia de capacitação tiveram uma piora na resposta.

Gráfico 17 - Interação de medida longitudinal questão 11 x tipo de capacitação

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados dos Gráficos 18 e 19 mostram que, na questão 18, houve diferença estatística no tipo de capacitação e na categoria profissional. Os participantes de 3 dias de capacitação melhoraram mais a resposta após a capacitação, e os enfermeiros tiveram uma média maior que os médicos. Ambas as categorias melhoraram da pré para a pós-capacitação, mas os enfermeiros tiveram uma média maior.

Gráfico 18 - Interação de medida longitudinal questão18 x tipo de capacitação

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Gráfico 19 - Interação de medida longitudinal questão 18 x categoria profissional

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Na Fase 2, não houve muita diferença entre pré e pós-capacitação. O conteúdo de neurociência como campo de saberes é relativamente novo, iniciou-se na década de 1990, mas, como a maioria (79%, 27) dos sujeitos possuía menos de 40 anos de idade e menos de 20 anos de formação, esse conteúdo não era considerado novidade para alguns. Outra questão relevante é que 22 sujeitos participaram de 1 dia de capacitação, e os conteúdos infelizmente foram abordados de maneira bem superficial. Além dessas questões, alguns profissionais respondiam a mesma resposta no questionário inteiro, esse fato demonstra a falta de compromisso do profissional em responder com sinceridade o que realmente acredita sobre as questões abordadas.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde refere que a maior parte do esforço para se alcançar uma aprendizagem depende da capacitação⁽⁶³⁾. A experiência que tivemos nos mostra que definitivamente 1 dia de capacitação, e a estratégia de leitura e discussão prévia não foram efetivas para a aprendizagem proposta.

O modelo escolar de capacitação pressupõe a capacitação de um grupo em uma sala de aula, isolando-o de seus contextos reais⁽⁶³⁾. Esta capacitação é mediada por um ou mais especialistas da área que irá transmitir seus conhecimentos a fim de serem incorporados à prática profissional do grupo capacitado⁽⁶³⁾. Ao longo dos anos, a experiência vem mostrando que a aplicação na prática dos conhecimentos capacitados não alcança os resultados esperados na mesma proporção dos esforços empregados na capacitação⁽⁶³⁾.

5.2.3 Nível III – Mudança de Comportamento

Para a coleta das 3ª e 4ª Fases, foram feitas reuniões de supervisões com as Equipes capacitadas. Estas reuniões foram

marcadas com cada Equipe, geralmente, ocorriam no mesmo dia em que realizavam a reunião de Equipe. Para o direcionamento da conversa na supervisão das Equipes, foi utilizado um roteiro semiestruturado de perguntas (Apêndice G) a fim de avaliar como foram os meses de pós-capacitação, se conseguiram ou não colocar em prática os conhecimentos adquiridos e o uso das tecnologias, além das dificuldades que estavam enfrentando.

A composição da amostra final da pesquisa teve perdas. Das Equipes capacitadas, uma saiu por completo e, por isso, foi excluída da amostra, além de seis médicos e dez enfermeiros saírem das Unidades que trabalhavam e em razão disso também foram excluídos da amostra.

O Nível III do método de avaliação tinha o objetivo e a preocupação de avaliar se houve mudanças no comportamento dos sujeitos que foram capacitados.

Com base nas supervisões, algumas mudanças na prática dos profissionais foram observadas capacitados. Em relação às mudanças de comportamento nas supervisões das Equipes, foram listadas cinco como mostram os dados da Figura 10.

Figura 10 – Mudanças nas práticas profissionais

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Mudança 1 – Ampliação da Clínica dentro da prática da consulta (médica e de enfermagem)

Dentro desta categoria, estão alocadas as experiências dos profissionais que relataram alguma mudança em sua clínica.

“O que mais percebi que mudou foi a questão da estimulação da criança, principalmente a brincadeira está sendo parte do olhar da equipe” (Enfermeira USF 2).

“Senti muita diferença nas consultas, o Caderno acaba norteando para conversar sobre mais aspectos, eu acabo podendo trabalhar mais aspectos nas consultas” (Enfermeira USF 5).

“Não consegui usar o Caderno ainda devido as mudanças que aconteceram na equipe, mas percebi uma mudança nas consultas e nos grupos” (Enfermeira USF 5).

Mudança 2 – Utilizou Caderno Família em sua prática

Dentro desta categoria, estão alocadas as experiências dos profissionais que estão utilizando o caderno de família.

“Entregamos o Caderno para todas as gestantes da área, eu anotava a lápis no Caderno a próxima data de marcação e atualizava a planilha de acompanhamento” (Enfermeira USF 4).

“Logo depois da capacitação entregamos o material, eu acompanhei por um tempo, anotei no prontuário, mas confesso que a sobrecarga do trabalho atrapalhou muito e não dei conta mais de continuar” (Médica USF 3).

“Entregamos o Cadernos para família com gestantes e crianças < 1 ano. O ACS que levava o Caderno, mas na entrega o auxiliar ou eu ia junto abrir o Caderno com a família” (Enfermeira USF 5).

“Achei o material didático e de fácil entendimento, ele é bem ilustrado e colorido... somente eu e o enfermeiro que preenchemos o Caderno” (Médico USF 5).

Mudança 3 – Incorporação em sua prática de conceitos teóricos relacionados à família

Dentro desta categoria, estão alocadas as experiências dos profissionais que referiram mudanças no tratar com as famílias.

“As famílias acham estranho quando peço que tragam um acompanhante na consulta de pré-natal” (Médico USF 4).

Mudança 4 – Organização do Trabalho

Dentro desta categoria, estão alocadas as experiências de institucionalização da tecnologia dentro da Unidade.

“Estamos padronizando o uso do Janelas na Unidade para que não haja conflito na população se cada equipe usar de uma maneira diferente.... Estamos dividindo todas as competências do Caderno da Família por categoria profissional” (Enfermeira USF 4).

Mudança 5 – Estímulo da família para apropriação da tecnologia

Dentro desta categoria, estão alocadas as experiências dos profissionais que estimularam que as famílias se apropriassem dessa tecnologia.

“Eu incentivo que as famílias leiam o Caderno e tragam suas dúvidas nas consultas” (Enfermeira USF 5).

Como referido anteriormente, as mudanças esperadas após uma capacitação, geralmente, não seguem na mesma proporção das mudanças concretas⁽⁶³⁾. Muitas vezes, o tempo hábil para que a mudança ocorra não é o suficiente. Para que haja uma mudança mais sólida, é necessário haver mudanças na instituição e na forma na qual o processo de trabalho é realizado e isso, muitas vezes, não depende de nós, mediadores, mas, sim, da estrutura da instituição e dos processos gerenciais⁽⁶³⁾.

Para que ocorra uma mudança mais concreta, é necessária uma mudança inclusive na capacitação desses profissionais. É preciso que ocorra uma capacitação com enfoque na Educação Permanente do profissional, cujo ensino e a aprendizagem sejam incorporados à vida cotidiana das organizações, sendo sua prática clínica problematizada⁽⁶³⁾. Nesta perspectiva, os profissionais são vistos como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e não somente receptáculos de uma nova informação. A Equipe é abordada em grupo e entendida como uma estrutura de interação, e os espaços educativos transcendem as barreiras das instituições de saúde⁽⁶³⁾.

5.2.4 Nível IV – Resultados

Os resultados esperados do Nível IV da “Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas” eram que os médicos e os enfermeiros das Equipes incorporassem as tecnologias em suas práticas. Foi considerado que os sujeitos incorporaram a tecnologia, quando haviam distribuído os Cadernos de Família, estavam acompanhando essas famílias e haviam modificado suas práticas. A incorporação parcial foi considerada quando os sujeitos faziam parte do que foi observado para a incorporação da

tecnologia. E a não incorporação foi considerada, quando não havia nenhum tipo de mudança nem entrega de material.

Os dados do Gráfico 20 mostram quantas Equipes incorporaram a tecnologia, quantas incorporaram parcialmente e quantas não o fizeram. A maioria das Equipes (9) incorporou parcialmente a tecnologia. É comum esperar que a realidade transforme-se rapidamente após a capacitação⁽⁶³⁾. No caso das Equipes capacitadas, a última foi em dezembro e a primeira, em maio. As supervisões foram realizadas entre agosto e outubro. No mínimo, 7 meses foram dados às Equipes para que mudassem suas práticas.

A capacitação do Projeto Janelas foi projetada para a Equipe completa, o que já é algo desafiador, pois uma Equipe de Saúde da Família é composta por membros muito heterogêneos com vários níveis de escolaridade. Para a avaliação da incorporação tecnológica, foram somente escolhidos os profissionais de nível superior, embora na supervisão das Equipes capacitadas ter sido feita uma conversa com a Equipe completa, esperando que, muitas vezes, fosse realizado um trabalho em Equipe com as famílias. Assim, é comum alcançar aprendizagens individuais com as capacitações; que, no entanto, não se traduzem em aprendizagem de Equipe nem da organização. No caso da Unidade de Saúde, muitas vezes, a capacitação não se transfere ao coletivo⁽⁶³⁾.

Os dados do Gráfico 20 mostram a incorporação da tecnologia por Equipes.

Gráfico 20 - Incorporação da Tecnologia do *Janelas* por Equipes

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados do Gráfico 21 mostram a incorporação tecnológica por Unidade. As Unidades 3, 4 e 5 eram as únicas que possuíam Equipes com enfermeiro e/ou médico que incorporou a tecnologia. A Unidade 1 foi a que teve mais profissionais que incorporaram parcialmente. Nas Unidades 4 e 5, não houve Equipe que não tenha incorporado.

No processo dos Níveis I (Avaliação da Reação) e II (Avaliação da Aprendizagem) para os Níveis III (Mudança de Comportamento) e IV (Resultados), as Equipes em que o médico e enfermeiro saíram foram excluídas da avaliação. Uma Equipe inteira foi modificada na Unidade 3, duas Equipes tiveram modificação de médico e enfermeiro nas Unidades 5 e 6.

Os dados do Gráfico 21 mostram a incorporação da tecnologia do *Janelas* por Unidade de Saúde.

Gráfico 21 - Incorporação da Tecnologia do *Janelas* por profissional de saúde por Unidade

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Quando separados por categoria profissional (médicos e enfermeiros), nos dados do Gráfico 22 vemos que foram considerados até o Nível IV, 17 enfermeiros e 9 médicos. A quantidade de enfermeiros foi maior, pois alguns médicos da Equipe não participaram da capacitação; algumas Equipes não possuíam médicos ou mesmo até supervisão, o médico já havia saído da Equipe. A rotatividade de profissionais na Atenção Básica é alta. Autores como Campos e Malik (2008); Jones (1990); Hall (2010) e Capozzolo (2003) referem que a rotatividade de médicos e enfermeiros é um grande problema na Saúde da Família, produzindo altos custos e impactos financeiros⁽⁶⁴⁻⁶⁹⁾. Para estes autores, a rotatividade possui como a principal causa a insatisfação no local de trabalho, sendo esta relacionada com elementos da cultura organizacional, como a colaboração entre os colegas de trabalho, aprendizados diários, habilidades de comunicação e liderança e a aptidão para resolução de conflitos. Outros fatores relacionados à

grande rotatividade são a capacitação do profissional, a distância do trabalho de suas casas e a disponibilidade de material e equipamentos de trabalho⁽⁶⁴⁻⁶⁹⁾.

Medeiros; Junqueira; Schwingel; Carreno; Jungles e Saldanha (2010) referem que a rotatividade é consequência e não causa de fenômenos internos e externos⁽⁷⁰⁾. As principais consequências internas são: a supervisão do trabalho (gerência), oportunidades de crescimento, políticas salariais e de benefícios, relacionamento interpessoal, educação permanente, critérios de avaliação de desempenho, flexibilidade das políticas da organização, condições físicas do ambiente de trabalho e cultura da organização. Já as principais causas de rotatividade externa são: oportunidades de emprego no mercado de trabalho e a questão salarial⁽⁷⁰⁾.

Os dados do Gráfico 22 mostram a incorporação de tecnologias do *Janelas* por categoria profissional.

Gráfico 22 - Incorporação da Tecnologia do *Janelas* por categoria profissional

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os dados das Tabelas de 5 a 10 mostram os cruzamentos da caracterização dos sujeitos do estudo com a incorporação de tecnologia. Em razão de um N pequeno não houve diferença estatística nos cruzamentos. Mas, algumas observações puderam ser feitas.

Os dados da Tabela 6 mostram o cruzamento da incorporação com o tipo de capacitação (3 dias/1 dia). Apesar do N pequeno em termos de porcentagem, os 37,5% dos sujeitos que fizeram a capacitação em 3 dias incorporaram a tecnologia versus 11,1% que fizeram a capacitação em 1 dia. Apesar deste dado a porcentagem de quem fez a capacitação em 1 dia que não incorporou foi menor (22,2%) do que a de 3 dias (37,5%). Em relação à incorporação parcial que fez capacitação de 1 dia teve uma porcentagem muito maior, 66,7% versus 25%, respectivamente.

Tabela 6 - Incorporação de Tecnologia versus tipo de capacitação

		Incorporou a tecnologia	Incorporou Parcialmente a Tecnologia	Não Incorporou a Tecnologia
Tipo de capacitação	3 dias	3 (37,5%)	2 (25%)	3 (37,5%)
	1 dia	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)
Total		5 (19,2%)	14 (53,8%)	7 (26,9%)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Nos dados da Tabela 7, o dado que chama maior atenção é que 12 sujeitos < de 40 anos incorporaram parcialmente a tecnologia em comparação com as idades superiores. Já a mesma idade não mostrou diferença alguma entre incorporar ou não incorporar a tecnologia.

Tabela 7 - Incorporação de Tecnologia versus idade

		Incorporou a tecnologia	Incorporou Parcialmente a Tecnologia	Não Incorporou a Tecnologia
Idade	20 < 30 anos	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)
	30 < 40 anos	2 (13,3%)	11 (73,3%)	2 (13,3%)
	40 < 50 anos	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
	> 50 anos	0	1 (50%)	1 (50%)
Total		5 (19,2%)	14 (53,8%)	7 (26,9%)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Uma maior quantidade de sujeitos nas especialidades ligadas diretamente à Saúde da Família não incorporou a tecnologia (6) em relação aos que incorporaram (3). Já em relação à incorporação parcial, as especialidades ligadas diretamente à Saúde da Família foram as que apresentaram mais sujeitos (9).

Os dados da Tabela 8 mostram a incorporação da tecnologia em relação a especialidade profissional.

Tabela 8 - Incorporação de Tecnologia versus especialidade

		Incorporou a tecnologia	Incorporou Parcialmente a Tecnologia	Não Incorporou a Tecnologia
Especialidade	Medicina de Família e Comunidade	1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)
	Saúde da Família	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)
	Saúde Pública	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)
	Pediatria	1 (100%)	0	0
	Dermatologia	0	1 (100%)	0
	Médico Cirúrgico	0	1 (100%)	0
	Sem especialidade	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
Total		5 (19,2%)	14 (53,8%)	7 (26,9%)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Embora os profissionais capacitados tenham sido, na maioria, formados em Instituições de Ensino Superior Privadas, os profissionais que se tiveram formação em Instituição de Ensino

Superior Pública incorporaram mais a tecnologia, mesmo levando em conta os que incorporaram parcialmente.

Os dados da Tabela 9 mostram a incorporação da tecnologia em relação ao local de formação.

Tabela 9 - Incorporação de Tecnologia versus local de formação

		Incorporou a tecnologia	Incorporou Parcialmente a Tecnologia	Não Incorporou a Tecnologia
Local de formação	IES Pública	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)
	IES Particular	3 (16,7%)	10 (55,6%)	5 (27,8%)
Total		5 (20%)	14 (56%)	7 (24%)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os profissionais formados há menos de 10 anos incorporaram mais dos que os formados há mais de 10 anos. E os formados há mais de 10 anos incorporaram menos dos que os formados há menos de 10 anos.

Os dados da Tabela 10 mostram a incorporação da tecnologia em relação ao tempo de formação.

Tabela 10 - Incorporação de Tecnologia versus tempo de formação

		Incorporou a tecnologia	Incorporou Parcialmente a Tecnologia	Não Incorporou a Tecnologia
Tempo de formação	> 20 anos	0	2 (40%)	2 (40%)
	10 < 20 anos	1 (16,7%)	3 (75%)	1 (25%)
	5 < 10 anos	2 (20%)	7 (58,3%)	3 (25%)
	< 5 anos	2 (33,3%)	2 (50%)	0
Total		5 (20%)	14 (56%)	6 (24%)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Em relação ao tempo de trabalho na Unidade, não houve diferença quanto à não incorporação, mas, quanto à incorporação aqueles que trabalhavam há menos de 5 anos na Unidade incorporaram mais do que os que trabalhavam há mais de 5 anos.

Os dados da Tabela 11 mostram a incorporação da tecnologia em relação ao tempo de formação.

Tabela 11 - Incorporação de Tecnologia versus tempo de trabalho na unidade

		Incorporou a tecnologia	Incorporou Parcialmente a Tecnologia	Não Incorporou a Tecnologia
Tempo de trabalho na Unidade	> 10 anos	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)
	5 < 10 anos	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)
	1 < 5 anos	2 (20%)	7 (70%)	1 (10%)
	< 1 anos	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)
Total		5 (20%)	14 (56%)	6 (24%)

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Como pôde ser percebido nos dados das tabelas e gráficos anteriores, não houve influência com estatística significativa das características dos profissionais na incorporação das tecnologias. Apesar desse dado ser observado nas conversas realizadas com as Equipes, nas supervisões das Equipes pôde-se verificar os seguintes aspectos que influenciaram positiva e negativamente a incorporação de tecnologia pelos médicos e enfermeiros.

Os dados da Figura 11 mostram os aspectos que influenciaram a incorporação tecnológica dos profissionais de saúde.

Figura 11 - Aspectos que influenciaram a incorporação tecnológica

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

5.2.4.1 Dimensões Envolvidas na Incorporação Tecnológica

No capítulo da introdução, foi apresentada a Figura 1 abaixo, que mostra as dimensões que estão envolvidas na incorporação tecnológica pelos profissionais de saúde.

Figura 1 - dimensões envolvidas na incorporação tecnológica pelos profissionais de saúde.

Fonte: Castro DFA. Incorporação de Tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015.

Os aspectos listados que influenciaram a incorporação da tecnologia estão relacionados com a dimensão técnica da tecnologia, a dimensão aceitação e satisfação do paciente e as características dos serviços de saúde. Além dessas dimensões, uma outra que não está listada acima emergiu nesta pesquisa com a observação das falas dos sujeitos, a dimensão do processo de trabalho. Entendemos

que a questão da falta de médico na Equipe dificulta a incorporação tecnológica, vai além da característica do profissional ou mesmo do serviço de saúde. Esta situação perpassa uma lógica da hegemonia médica no processo de trabalho na área da saúde, que é histórica no Brasil.

Abaixo seguem algumas falas dos profissionais divididas pelas dimensões de incorporação tecnológica. Um mapa conceitual por Equipe capacitada foi construído que mostra o fluxograma dos níveis de avaliação (I a IV), esses mapas seguem em anexo a título de curiosidade do leitor (Apêndice I).

Dimensão ética, técnica, política e econômica da Tecnologia em si

“Eu não dei conta de ficar preenchendo o material” (Médica USF 3).

“Nossa maior dificuldade foi lembrar e ficar preenchendo o Caderno.”
(Enfermeira USF 3)

“O material ajuda a sistematizar a consulta” (médica Jd Boa Vista).

“O Janelas acaba norteando para conversar sobre mais aspectos nas consultas” (Enfermeira USF 5).

“Um dos impedimentos para o uso do material é o fato de ser mais um trabalho” (Enfermeira USF 5).

Dimensão Aceitação e Satisfação do Paciente

“Nossa maior dificuldade é que as gestantes tragam o Caderno e leiam ele” (Médico USF 4).

Dimensão Característica do Serviço de Saúde

“Não tivemos condição de usar o material, devido a reforma da Unidade e do ONA” (Enfermeira USF 2).

“Não distribuimos o livro, porque foi algo vertical e imposto na equipe, e tínhamos outras urgências e demandas na Equipe” (Enfermeira USF 2).

“A sobrecarga do trabalho foi minha maior dificuldade” (Médica USF 3).

“Fizemos uma comissão junto com a médica de ensino e pesquisa e a gerente da unidade para padronizar o Janelas para todas as Equipes” (Enfermeira USF 4).

“Não tenho tempo para isso” (Médico USF 1).

“Entreguei alguns Cadernos mas não tenho tido tempo para fazer o acompanhamento das famílias” (Enfermeira USF 1).

“A reforma da unidade e a falta de ACS na equipe dificultaram o trabalho” (Enfermeira USF 5).

Dimensão Processo de Trabalho

“Não consegui usar o material porque o médico é novo na Equipe” (Enfermeiro USF 5).

“Estou sem médico na equipe... vocês poderiam mandar alguém da pesquisa para fazer a aplicação do Janelas com as famílias” (Enfermeiro USF 6).

“Como a médica não havia feito a capacitação, não iniciamos” (Enfermeira USF 6).

Em algumas das falas dos profissionais, pôde-se perceber uma falta de autonomia por parte dos enfermeiros. Infelizmente, na prática das Equipes de Saúde da Família ainda encontramos enfermeiros sem autonomia, que não conseguem exercer um papel de liderança perante a Equipe que são responsáveis.

Historicamente, a profissão da enfermagem traz em seu interior uma divisão social do trabalho e uma subalternidade em relação ao saber hegemônico representado pela classe médica⁽⁷¹⁾. A autonomia do enfermeiro tem sido uma temática importante ao longo da evolução da profissão e como estes profissionais apresentam-se a Equipe ⁽⁷²⁾. O campo do saber é considerado muito importante para o estabelecimento da autonomia profissional⁽⁷¹⁻⁷²⁾. É por intermédio do estabelecimento do saber que o enfermeiro conquista seu espaço e exerce sua autonomia profissional com respeito⁽⁷¹⁻⁷²⁾.

A autonomia profissional está estritamente ligada ao processo de trabalho, que vem modificando-se ao longo dos anos especialmente, em razão do avanço da ciência e da incorporação de novas tecnologias na prática profissional⁽⁷³⁾. O trabalho em Equipe configura-se em uma mudança no processo de trabalho nas últimas décadas⁽⁷³⁾. Para Peduzzi (2001), uma Equipe de saúde é um processo de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes⁽⁷⁴⁾. O espaço e a autonomia do enfermeiro em uma Equipe dependem da divisão de trabalho, que pode ser desigual por causa da relação hierarquizada dos profissionais. Para um trabalho ser articulado, são necessárias a integralidade das ações de saúde e a conscientização dos profissionais⁽⁷³⁾.

Outra dificuldade encontrada nas entrelinhas das falas dos profissionais é a questão da rotatividade, como já referido é um problema que infelizmente encontramos na Saúde da Família. A alta rotatividade dos profissionais por consequência acaba

desestruturando as Equipes que ficam sobrecarregadas, tentando compensar o trabalho do profissional que saiu⁽⁷⁰⁾. A saída de um profissional da Equipe causa uma ruptura no trabalho o que prejudica a longitudinalidade do trabalho⁽⁷⁰⁾.

A Saúde da Família por si só já possui uma sobrecarga de trabalho. Cada Equipe é responsável por até 1.000 famílias ou 4.000 pessoas⁽¹³⁾. Essa quantidade de família traz uma enorme heterogeneidade às Equipes de uma única Unidade, pois cada microárea tem características e necessidades de saúde próprias. Em razão das grandes demandas, muitas vezes, as Equipes precisam priorizar as necessidades, o que acaba prejudicando a entrada de uma nova proposta de trabalho como a nossa, especialmente, se na área da Equipe a necessidade maior não for criança.

Em relação à satisfação dos usuários, é comum a estranheza diante de algo novo⁽⁷⁵⁾. Criar hábitos novos leva tempo, e isso dependerá do próprio comprometimento das Equipes com as famílias acompanhadas⁽⁷⁵⁾. Embora as Equipes tenham expressado dificuldade para que as famílias tragam às consultas o Caderno da Família, as famílias entrevistadas (das Equipes que incorporaram a tecnologia) expressaram que estão gostando do material, estão lendo e não sentiram dificuldades com ele. Muitas das dúvidas que acabam surgindo com a leitura do material são levadas às consultas com o médico ou enfermeiro.

Por fim, um dos grandes impasses na incorporação das tecnologias do Projeto Janelas foi o próprio processo de capacitação dos profissionais. Os processos educativos em um Serviço de Saúde devem fazer parte do processo de trabalho do profissional. É necessário que haja um constante gerenciamento e acompanhamento desses processos educativos⁽⁶⁴⁾. Esta situação não foi vista nas Unidades capacitadas. Em algumas Unidades, o gerente mal sabia do que se tratava a tecnologia que seus profissionais

estavam sendo capacitados, apesar de todo o processo de capacitação ter sido acordado e discutido com as gerências das Unidades. Nas Unidades capacitadas, além da figura do gerente tradicional, há a figura do Médico de Ensino e Pesquisa (MEP). Este profissional é quem faz a ponte entre o ensino e a pesquisa com a prática clínica da Unidade. Alguns MEPs envolviam-se com o processo de capacitação das tecnologias do Janelas, mas, outros não interferiam, nem sabiam do que se tratava ou mesmo, infelizmente, não concordavam e barravam a operacionalização das tecnologias na prática.

Souza; Galvão; Santos e Roschke referem ser necessário dentro da infraestrutura de um Serviço o papel dos instrutores/supervisores com formação universitária que prestam serviços diretos aos usuários, organizam e supervisionam o processo de trabalho e assumem a responsabilidade nos processos de capacitação dos trabalhadores⁽⁶⁴⁾. Muitas vezes, esse papel é realizado pelo setor de Educação Continuada. Em nosso caso, as capacitações fizeram parte dos processos educativos da Educação Continuada da região. Nós, como academia, fizemos o papel dos instrutores, mas como academia não conseguimos fazer o papel de supervisores do processo de trabalho por não estarmos lá no dia a dia acompanhando as Equipes.

De modo geral, os processos educativos não têm contribuído para resolver os problemas concretos das Equipes, o que expressa a dicotomia entre o pensar e o fazer⁽⁶³⁻⁶⁴⁾. Para que se diminua essa dicotomia, é necessário conhecer todas as dimensões do processo de trabalho para se levantar as necessidades educativas de cada Equipe⁽⁶³⁻⁶⁴⁾. Isso foi percebido pela fala de alguns profissionais que expressaram o desgosto por participar em uma capacitação para algo em que não viam a necessidade. Este é um dos grandes pontos que influencia a incorporação das tecnologias pretendidas, pois se os profissionais que estão inseridos no contexto não enxergam a

necessidade não modificarão suas práticas. É necessário construir com cada Equipe de modo individual os processos educativos, mostrando e acompanhando na realidade do trabalho das Equipes a necessidade do uso de tecnologias de promoção do Desenvolvimento Infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa não teve a intenção de generalizar os resultados de incorporação tecnológica por médicos e enfermeiros. A avaliação do processo de incorporação tecnológica é uma avaliação de cunho qualitativo e depende não somente do profissional, mas também de fatores como o Serviço de Saúde, a gestão dos recursos humanos, o processo de trabalho e o modelo de capacitação.

O processo de capacitação foi construído em conjunto com a Educação Continuada do Projeto Região Oeste e os gerentes de cada Unidade de Saúde da Família. Por acordo e solicitação dos gerentes das Unidades, foi decidido que todas as Equipes sairiam completas da Unidade uma vez a cada 15 dias até completarem 3 dias de capacitação.

No modelo de capacitação de 3 dias, tivemos a oportunidade de aprofundar com os participantes os conteúdos propostos. Nesse modelo de capacitação, foram reservados espaços para momentos lúdicos e de dinâmicas nos quais os profissionais puderam problematizar suas realidades de trabalho com as famílias.

Infelizmente durante o processo de capacitação em 2013, tivemos alguns problemas logísticos, nos quais algumas Equipes não participaram da capacitação nos dias que estavam propostos a elas, além da queixa dos profissionais que em razão da saída para a capacitação não estavam dando conta de seus trabalhos.

Diante desse cenário, reagrupamo-nos com a Educação Continuada para decidir qual seria a melhor maneira de capacitar todas as Equipes que faltavam, inclusive aquelas Equipes que haviam perdido seu dia de capacitação. Uma das metas estabelecidas era que todas as Equipes precisavam ser capacitadas até o fim de 2013. Em virtude da sobrecarga de trabalho dos profissionais e da

quantidade de Equipes que necessitavam de capacitação, foi decidido que a capacitação seria de 1 dia e que entregaríamos uma pasta com todo o material, incluindo o Caderno de Equipe e o Caderno da Família, um roteiro de leitura e a discussão entre as Equipes e os questionários referentes a cada profissional. Esta pasta seria entregue com antecedência a todos os integrantes das Equipes, que preencheriam os questionários respectivos, leriam o material e discutiriam o roteiro em Equipe. Com a leitura e a discussão em Equipe realizada, as Equipes iriam para o dia da capacitação no qual aprofundaríamos a discussão juntos com as outras Equipes que participariam da capacitação. Infelizmente nos deparamos com inúmeras Equipes que não haviam cumprido suas tarefas, o que deixava a discussão na capacitação bem superficial, e pelo fato de termos somente 1 dia não haveria tempo hábil para que o conteúdo proposto fosse destrinchado.

A meu ver nosso primeiro equívoco na capacitação foi quando tentamos sensibilizar o profissional para o uso de tecnologias de promoção do desenvolvimento infantil sem de fato saber qual era a real necessidade das Equipes. Não buscamos investigar no cotidiano do trabalho dos profissionais se essa era uma necessidade ou mesmo se os profissionais enxergavam isso como uma necessidade.

Foi um grande desafio capacitar a Equipe por completa, pois a Equipe é composta por profissionais de várias categorias com nível de escolaridade variado. Essa situação dificultava as propostas de adensamento do conteúdo, pois alguns momentos estávamos sendo complexos para os profissionais com menor escolaridade, outros momentos estávamos sendo simplistas demais.

A supervisão para o controle do processo de trabalho como um todo não foi planejada adequadamente no processo de capacitação. Nós nos propusemos a supervisionar as Equipes capacitadas, mas nossa supervisão acabava sendo mais superficial, pois nós,

instrutores, fazemos parte da academia, ou seja, não fazemos parte do processo de trabalho dos profissionais e, em razão disso, não temos a possibilidade de acompanhar o dia a dia das Equipes auxiliando-as e encorajando-as.

Em relação ao processo de avaliação das Equipes, foi escolhida a metodologia de avaliação de Kirkpatrick. Um grande fator limitante no uso dessa metodologia foi o fato de termos de construir os instrumentos/questionários de avaliação. O uso dos questionários nos Níveis I e II embora tivessem um viés, a pesquisa em razão de nossa inabilidade para construção dos instrumentos psicométricos não influenciou diretamente a incorporação da tecnologia por parte dos profissionais, objetivo central desta pesquisa.

A construção do questionário de Avaliação de Reação foi baseada em instrumentos de Avaliação de Reação de processos de treinamentos de funcionários de empresas, como *Gap Inc.*, *Toyota Motor Sales Inc.*, *Caterpillar Inc.*, entre outras, que o próprio autor traz em seu livro⁽⁴⁴⁾. Já a construção do questionário de Avaliação de Apreensão de Conteúdo foi construída com base nos conteúdos teóricos propostos pelo *Janelas*; em seguida, foi encaminhado a três autoras da primeira versão do *Janelas*, que avaliaram as questões e sugeriram modificações que foram incorporadas aos conteúdos. A dificuldade maior com o instrumento de avaliação de conteúdo foi o fato de alguns conteúdos não serem novidades para o público proposto, médicos e enfermeiros, como visto no capítulo anterior a maioria formou-se há menos de 10 anos. Essa limitação fez com que não houvesse muita diferença na pré e pós-capacitação.

A metodologia de avaliação de Kirkpatrick continua sendo válida, já que houve algumas atualizações da metodologia por outros autores, mas, que não invalidaram a metodologia original⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. A dificuldade que encontramos ao utilizar essa metodologia foi a necessidade de criarmos os instrumentais de avaliação, o que

impossibilita a comparação com outras avaliações de treinamento, além do fato de não utilizarmos instrumentos validados e testados.

Talvez a incorporação de tecnologia fosse melhor se de fato pudéssemos ter uma relação com o processo de trabalho. Ir ao local e dar um curso ou capacitação não impacta tanto na incorporação tecnológica como pôde ser visto na presente pesquisa. O cuidado com o desenvolvimento das crianças é uma demanda do Projeto Região Oeste, apesar disso os profissionais que atuam nessa Região precisam enxergar essa necessidade, além de precisarem desejar a melhoria no desenvolvimento infantil. Não adianta impormos algo aos profissionais sem construir com eles essa necessidade.

Outra situação enfocada foi a própria lógica do processo de trabalho, que é regida por produção. Geralmente, o profissional vai priorizar seu trabalho de acordo com a produção que lhe é exigida. Esse também é um fato que deixará uma proposta como a nossa de lado pelos profissionais, pois em termos de produção em desenvolvimento infantil eles são cobrados pela quantidade de consultas de puericultura que fazem. As consultas de puericultura seguem um protocolo tradicional nos formulários que devem ser preenchidos pelos profissionais. Como a demanda é grande, e o tempo é curto, os profissionais acabam permanecendo somente naquilo em que são cobrados.

Sem um processo educativo construído com os profissionais e um processo de trabalho que permitam que o profissional tenha mais liberdade em sua prática clínica, tecnologias com a do *Projeto Janelas* terão dificuldades para serem incorporadas pelos profissionais de saúde.

Nos últimos anos, a avaliação da incorporação de tecnologias em saúde vem ganhando forma, especialmente, após a criação da Política Nacional de Gestão de Avaliação Tecnologias em Saúde, em que um dos princípios é justamente a avaliação da incorporação⁽³²⁾.

Pesquisas neste cunho ganharão maior espaço no cenário da saúde, muitas secretarias de saúde já estão criando as comissões de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

A avaliação contínua do uso de Tecnologias em Saúde em conjunto com o processo de trabalho permanece sendo necessária para a prática profissional, sobretudo no âmbito da promoção da saúde, no qual o processo de avaliação deve ser construído em conjunto com os sujeitos, privilegiando o aprendizado, a ação e a transformação das práticas sociais nos modelos avaliativos⁽⁴³⁾. Esta avaliação infelizmente não conseguiu proporcionar esta transformação nas práticas dos profissionais, mas entendemos que as mudanças não são instantâneas nem está em nossa governabilidade a interferência em todos os fatores que influenciaram e influenciam a incorporação de tecnologia.

Como enfermeira gostaria de finalizar esta tese com uma reflexão para a prática do enfermeiro. A incorporação de tecnologias, como as tecnologias do *Projeto Janelas* são tecnologias em que o enfermeiro pode ter total domínio e autonomia para seu uso. O enfermeiro não depende de nenhum profissional para avaliar ou intervir nas famílias. Olhando para nossa realidade em que faltam tecnologias de abordagem de família na Estratégia Saúde da Família intervenções com famílias como o *Projeto Janelas* são muito úteis. A abordagem de família internacionalmente vem sendo encabeçada por enfermeiros, como podemos ver no livro de Leahey e Wrigth (2012)⁽⁷⁶⁾, além de programas como o *Minding the Baby*⁽¹⁰⁾, o *Family Nurse Partnership*⁽¹¹⁾ e o *Miller Early Childhood Sustained Home-visiting* (MECSH)⁽⁷⁷⁾.

O *Projeto Janelas* faz uso de tecnologias leves e leve-duras, como a maioria das tecnologias utilizadas na Atenção Básica, o que não significa que sejam tecnologias de baixa complexidade, ao contrário, dependem muito da qualificação do profissional para que

tenha êxito em sua utilização. Um enfermeiro de família qualificado que saiba avaliar bem uma família e intervenha nela precocemente para que as crianças se desenvolvam adequadamente talvez não veja seu trabalho com tanta precisão e concretude. Um resultado bom no desenvolvimento das crianças se vê de médio a longo prazos e não é fácil medir. Mas, um bom desenvolvimento infantil depende muito das vivências que a criança possui nos primeiros anos de vida, especialmente, dentro de sua família, que é seu primeiro lugar de socialização. Em razão disso, um olhar sensibilizado para as famílias se faz muito necessário na Atenção Básica. O uso de tecnologias de promoção do desenvolvimento infantil como o Projeto Janelas facilita e norteia a avaliação e a intervenção precoce das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 p.
2. Demarzo MMP. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Módulo Político Gestor. Universidade Federal de São Paulo. 2011. 25p.
3. Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. Rev Bras Enferm 2006;59(3):270-273. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300004&lng=en
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100p.
5. Brito CML, Vieira GO, Costa MCO, Oliveira NF. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. Cad Saúde Púb. 2011;27(7):1403-1414. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700015&lng=en
6. Young ME. Introdução e Visão Geral. In: Young ME (org.). Da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010. 440 p.

7. Shore R. Repensando o cérebro. Tradução Iara Regina. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000. 160p.
8. Mustard JF. O desenvolvimento da primeira infância e o cérebro – a base para a saúde, o aprendizado e o comportamento Durante a vida toda. In: Young ME (org.). Do da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010. 440 p.
9. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR, Fraccolli LA. O projeto *Nossas Crianças Janelas de Oportunidades*: possibilidades e limites para a assistência da criança no Programa Saúde da Família. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fraccolli LA. Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo. 2009; p. 13-28.
10. Slade A, Sadler L, De Dios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. Minding the baby a reflective parenting program. *Psychoanal Study Child*. 2005; 60:74-100.
11. Olds DL. The Nurse-Family Partnership: an evidence based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 2006; 27(1):5-25.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.
13. _____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.
14. Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. *Mundo da Saúde*, 2004; 28(1): 42-8.
15. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fraccolli LA (org.). *Promoção da saúde da*

- criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades. São Paulo. 2009; p. 75-94.
16. I Oficina Nossas crianças: janelas de oportunidades. São Paulo, Brasil. Projeto de Cooperação Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Programa Saúde da Família, Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef. Associação Comunitária Monte Azul, Entidade executora. 26 de Abril, 2002. Disponível em: http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/docs/projetos/projeto_janelas.pdf
17. Saupe R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo, LRA. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde Rev.* 2006;8(18):31-37.
18. Solymos GMB, Maricondi MA, Soares MLPV. A Criança e a Família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: Chiesa A M, Fracolli LA, Zoboli ELP (org). *Promoção da Saúde da Criança a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. São Paulo. 2009; p. 43-60.
19. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. [Tese de Livre-Docência] São Paulo (SP). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo; 2005.
20. Almeida EZ, Fracolli LA, Chiesa AM. Implantação do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” na equipe saúde da família: relato de experiência. *Rev Paul Enf* 2008; 27(2): 121-7.
21. Correia K, Maricondi MA, Chiesa AM. A Avaliação dos profissionais sobre a capacitação em ações de promoção da saúde para o *Projeto Janelas*. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fracolli LA (org). *Promoção da saúde da criança: a experiência*

- do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo. 2009; p. 143-160.
22. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação em saúde. In: Hartz, Zulmira Maria de Araújo (org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.132p.
23. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.
24. Furtado Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Rev Ciênc Saúde Col. 2001;6(1):165-181. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en
25. Donabedian A. Basic Approaches to Assessment. In: Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Exploration in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982;1; 163p.
26. Donabedian A. Approaches to Assessment and the Content of the Criteria. In: Donabedian A. The criteria and standards of quality. Exploration in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982;2.
27. Eduardo JFRB, Fausto PS, Campos FE, Acúrcio FA, Leite TTM, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad Saúde Públ. 1990; 6(1):50-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en

28. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços tecnologias em saúde. Rev Saúde Públ. 2000; 34(5):547-59.
29. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Rev Ciênc Saúde Col. 2006; 11(3):705-11.
30. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV. Distrito (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1995.
31. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Públ. 1997; 13(1):103-7.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
33. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): HUCITEC; 1997.
34. Silva EN, Silva MT, Elias FT. Sistemas de saúde e avaliação de tecnologias em saúde. In: Nita ME, Campino ACC, Secoli SR, Sarti FM, Nobre MRC, Costa AMN et al. Avaliação de Tecnologias em Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2010. 600p.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 110p.
36. Polanczyk CA, Vanni T, Kuchnbecker RS. Avaliação de tecnologias em saúde no Brasil e no contexto internacional. In: Nita ME, Campino ACC, Secoli SR, Sarti FM, Nobre MRC,

- Costa AMN et al. Avaliação de Tecnologias em Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2010. 600p.
37. Moreira WB. Incorporação de tecnologias em saúde. In: Guia de orientações médicas para auditoria em oncologia. Manual de Condutas SBOC. Belo Horizonte; 2012.
38. Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. Cad Saúde Públ. 2008; 24(5):951-964. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500002&lng=en.
39. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. C S Col. 1999;4(2): 341-353.
40. Nemes MIB. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/ AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA; 2001.
41. Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? Rev Ciênc Saúde Col. 2004;9(3):605-15.
42. Lopes ALM, Silva SA, Castro DFA, Bógus CM, Fracolli LA. Avaliação de programas, serviços e tecnologias na perspectiva da promoção da saúde: uma reflexão teórica. Rev Bras em Prom da Saúde. 2013; 26:590-594. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40831096018>.
43. WHO. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications. European Series, No. 92; 2001.
44. Duarte T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica). Lisboa: CIES-ISCTE; 2009; 60:1-24.
45. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Como avaliar programas de treinamento de equipes. Rio de Janeiro: Senac Rio; 2010. 388p.

46. _____. Como implementar os quatro níveis de avaliação de treinamento de equipes: um guia prático. Rio de Janeiro: Senac Rio; 2010. 144p.
47. _____. Transformando Conhecimento em Comportamento: Use o Modelo dos Quatro Níveis para Melhorar seu Desempenho. São Paulo: Futura; 2006. 239p.
48. Pilatti R, Borges-Andrade JE. Construção de medidas e delineamentos em avaliação de TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L et al. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 359-384.
49. Projeto Região Oeste. Disponível em: www.pro.fm.usp.br
50. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407p.
51. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
52. Pereira JCR. Análise de dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
54. Silva VG, Motta MCS, Zeitouni RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. Rev Eletr Enf [online]. 2010;12(3):441-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>
55. Rocha BS, Munari DB, Bezerra ALQ, Melo LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. Rev Enferm UERJ. 2009;17(2):229-33.
56. Canesqui A.M., Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad Saúde Públ. 2006;22(9):1881-1892.

57. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde; 2007.
58. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
59. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde. Rev C S Col. 2008; 13(1):23-34.
60. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(3):393–403.
61. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Rev Interf. 1998; 2(3): 51-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso
62. Ceccim R, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev Physis. 2004; 14(1):41-65.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64p.
64. Souza AMA, Galvão EA, Santos I, Roschke MA. Processo

- educativo nos serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 1991; 56p.
65. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev Adm Públ. 2008; 42(2): 347-368. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso
66. Jones CB. Staff nurse turnover costs: part I, conceptual model. J of Nurs Adm. 1990; 20: 18-22.
67. Jones CB. Staff nurse turnover costs: part II, conceptual model. J of Nurs Adm. 1990; 20(5): 27-32.
68. Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva] Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2003; p. 242-249.
69. Hall, CB. et al. Organizational Culture, Job Satisfaction, and Clinician Turnover in Primary Care. J of Prim Care and Com Health. 2010; p. 1-29.
70. Medeiros, CRG et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Rev Ciênc Saúde Col. 2010; 15: suppl.1:1521-1531. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso
71. Lunardi Filho WD. O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina. [Tese de Doutorado] Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1998; 343p.
72. Gomes AMT, Oliveira DC Estudo da estrutura da

- representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2):145-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200004&script=sci_arttext
73. Peduzzi, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rev Trab Educ Saúde. 2003; 1(1): 75-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso
74. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso
75. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Rev Ciênc Saúde Col. 2002; 7(3):581-589. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300015&script=sci_abstract&lng=pt
76. Leahey M. Wright LM. Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 5 ed. São Paulo: Roca; 2012; 365p.
77. Kemp L. Harris E. McMahon C. Mathey S., Vimpani G. Anderson T. Schmied V. Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description. BMC Public Health. 2008; 8:424. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-424.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Cronograma de Capacitação – Modelo 1

Grupo	UBS	Equipe	1ª capacitação	2ª capacitação	3ª capacitação	4ª capacitação
A	USF 2 USF 4 USF 3	1	24/05/13	11/06/13		Danielle
B	USF 1 USF 6 USF 5	1	18/06/2013	16/07/13	06/08/13	Danielle Anna Cecilia
C	USF 2 USF 4 USF 3	2	02/07/2013	23/07/13	13/08/13	Danielle Lislaine Juliana Carol Vanessa
D	USF 1 USF 6 USF 5	2	20/08/13	03/09/13	17/09/13	Danielle Anna
E	USF 2 USF 4 USF 3	3	27/08/13	10/09/13	24/09/13	Danielle Lislaine Lislaine
F	USF 1 USF 6 USF 5	3	01/10/13	15/10/13	29/10/13	Danielle
G	USF 2 USF 4 USF 3	4	08/10/13	22/10/13	05/11/13	Danielle
H	USF 1 USF 6 USF 5	4	12/11/13	26/11/13	10/12/13	Danielle
I	USF 1 USF 6 USF 5	5	19/11/13	03/12/13	17/12/13	Danielle
J	USF 5	6				

APÊNDICE B

“Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas”

Carga Horária: 3 encontros de 8 hs.

Frequência: semanal/ quinzenal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os profissionais por meio da criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família e NASF;
- Prepará-los para que se sintam estimulados e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e incorporarem as tecnologias – Caderno da Família e Caderno da Equipe - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral do 1º encontro: (8 horas)

1º. Encontro	Objetivos específicos	Conteúdo programático	Técnica	Recursos necessários	Desenvolvimento da atividade
8:00-8:15 8:15-8:45 8:45-9:00 9:00-9:30	Inscrição e preenchimento de formulários 1. Sentir-se acolhido e integrado ao grupo de trabalho 2. Conhecer o projeto e seus produtos (caderno da família e caderno da equipe) [15'] 3. Sensibilizar para o tema Primeira Infância	Dar-se a conhecer e conhecer o outro, interagindo, integrando-se, sentindo-se incluído. 1º. Histórico do projeto 2º. Apresentação do vídeo “As experiências moldam a arquitetura do cérebro” seguida de apresentação em ppt	- Técnica do cochicho (história do nome e expectativas) - exposição sintética com apoio do ppt - exposição dialogada com apoio do ppt	- sala com cadeiras em círculo - micro e datashow - micro e datashow	- formar duplas de conversa sobre a história do nome e expectativas. Uma pessoa relata sobre a outra para o grupo. - exposição dialogada - levantamento de comentários e debate sobre o vídeo
9:30-10:00 10:00-10:45	4. Identificar comportamentos de cuidado para com as pessoas e o meio ambiente; refletir sobre atitudes de proteger e cuidar 5. Conhecer o conteúdo dos cadernos da família e da equipe sobre o	- Questões para reflexão da pág. 17 do caderno da equipe (conceitos e situações concretas relacionadas ao proteger e cuidar) - Conteúdos das págs 4 a 6 do caderno da família e págs 17 a 19 e 28 a 31 do	1ª. Discussão em subgrupos 2ª. Elaboração de cartaz • Leitura conjunta e comentada dos trechos indicados	- caderno da equipe - flip chart, revistas, cola, giz de cera, canetas hidrográficas - caderno da família e	- divisão em pequenos grupos para elaborar respostas. - elaboração de cartaz com representação dos conteúdos dos grupos sobre proteger e cuidar - trabalho em grupos

Incorporação de Tecnologia do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades, a Perspectiva dos Profissionais

	tema proteger e cuidar 6. Discussão com o grupo	caderno da equipe Cada grupo terá 10' para apresentar sua síntese e posterior debate		manual de apoio	- plenária para apresentação e discussão.
12 hs	ALMOÇO NO LOCAL				
13- 13:30 13:30-14:30 14:30-16:00	7.Exercício corporal no início do período 8.Refletir sobre o tema família 9. Conhecer os conteúdos do caderno e do manual sobre o tema família	Apresentar o vídeo 1 e 3 – Família – Nota 10 (20 min) Função materna e função paterna; diferentes arranjos familiares, a divisão dos papéis e dos cuidados na família; trabalho com famílias	- andar em diferentes ritmos - discussão sobre visões de Família: conceitos, preconceitos - Exposição oral com apoio de ppt. [20'] - Leitura conjunta e comentada na seguinte sequência: pág. 11 do caderno F e págs 32 a 36 do caderno E; pág. 9 do caderno F e págs. 24 a 27 do caderno E pág. 13 do caderno F págs. 42 a 44 do caderno E.		- toca CD com músicas de diferentes ritmos - datashow e notebook - continuar o trabalho em pequenos grupos.
16-16:45	10. Vivenciar a necessidade e os benefícios da convivência e cooperação com os outros	Vivência em grupo Ouvir uma estória Conceito de interdependência, composição e transcendência	1ª. Dinâmica de grupo 2ª. Contar uma estória 3ª. Fazer a pergunta: Quantas pessoas há nesta sala?	01 pacote de balas Lenda Chinesa * (fonte: L. Boff)	- aos pares, um em frente ao outro, cada participante recebe uma bala que tem que desembrulhar e comer sem dobrar o braço, estando o outro braço atrás das costas... - leitura do texto da lenda - conversa em grupo
16:45-17	11. Avaliação do dia				Post it coloridos com motivo no centro.

“Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas”

Carga Horária: 3 encontros de 8 hs

Frequência: semanal/quinzenal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os profissionais por meio da criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família e NASF;
- Prepará-los para que se sintam estimulados e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e incorporarem as tecnologias – Caderno da Família e Caderno da Equipe - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral do 2º encontro: (8 horas)

2º Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8-9	- Dinâmica de aquecimento	Vivenciar o lugar de cuidador e de criança	Exercício “Mudo conduz o cego”	- faixas de pano para tapar os olhos e a boca, de cada um dos participantes	- formar duplas, onde um é cego e outro é mudo. O mudo conduz o cego durante 3’.
9- 10	Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre o tema rede social	conteúdo das pág. 12 do caderno F e págs. 37 a 41 do caderno E	Leitura em sub-grupos	- flip chart, revistas e canetas	Invertem-se as posições por mais 3’. Conversam entre si sobre a experiência vivida durante 5’.
10-11			Montagem de uma Rede da Família de um dos integrantes		Finalização no grupo grande.
11-12	Conhecer os conteúdos do caderno e do manual sobre os seguintes temas: cuidar de crianças e vacinação; amor e segurança; cuidados com a higiene	Grupos A e B: caderno F (págs 14 e 15) + caderno E (págs 45 a 48)	Leitura em sub-grupos com diferentes temáticas. Relator de cada grupo anota as principais questões para apresentar.		- Facilitadores indicam a leitura em grupo e orientam a confecção da rede.
	Discussão e troca entre os grupos	Grupos C e D: caderno F (pág 20) + caderno E (pág 67 e 68)			- Facilitadores indicam a leitura e
		Vídeo: “super cérebro”			Apresentação e discussão em plenária.
12 - 13 hs		Vídeo “Jogo da ação e Reação”	Apresentação do vídeo seguida de discussão		
13-14 hs	ALMOÇO NO LOCAL				

14-15:00h	Continuação das leituras seguida de discussão	CF (16 e 17) + CE (49 a 57)	Participantes escolhem em qual grupo querem entrar.		
15:30	<p>Conteúdos: Como as crianças aprendem;</p> <p>Alimentação;</p> <p>Direitos das crianças;</p> <p>Cuidado no puerpério.</p> <p>Apresentação da dramatização das sínteses dos grupos e discussão em plenária.</p>	<p>CF(18 e 19) + CE (58 a 66)</p> <p>CF (24 a 26) + CE (82 a 88)</p> <p>CF(8) + CE (20 a 23)</p>			Livre escolha da apresentação: relato ou dramatização
16:45-17hs	6. Avaliação do dia				Carinhas

“Capacitação das Equipes da ESF para uso das Tecnologias do Projeto Janelas”

Carga Horária: 3 encontros de 8 hs.

Frequência: semanal/quinzenal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os profissionais por meio da criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família e NASF;
- Prepará-los para que se sintam estimulados e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e incorporarem as tecnologias – Caderno da Família e Caderno da Equipe - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral do 3º encontro: (8 horas)

3º Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8-8:30 8:30 9:00 10:30	Aquecimento Sensibilização para o tema da negligência, violência e suas consequências para o DI. Apresentar os conteúdos Proteger e cuidar quando as crianças ficam doentes Cuidar para não se machucar Discussão sobre os conteúdos	Vídeos: “stress tóxico” “Precisamos falar sobre o Kevin” (cenas 16’ e 22’) Leitura das páginas 69 a 81 do CE e 21 a 23 do CF	Massagem corporal em roda e troca de bola com as experiências		Participantes fazem uma roda e massagem o colega da frente Participantes fazem um círculo e jogam uma bola ao outro, o que pegar a bola precisa falar a primeira palavra que vê a sua cabeça a respeito de desenvolvimento infantil e primeira infância Exposição seguida de discussão e diálogo
12 hs	ALMOÇO NO LOCAL				
13:00	Elaboração do cronograma de implementação Fórum de suporte para implementação				
16:45-17 hs	6. Avaliação da capacitação				

APÊNDICE C

Roteiro De Leitura Do Material Caderno Da Equipe E Caderno Da Família

Parte I: Conversando sobre Cuidado e Proteção na Gestação e Puerpério

Leitura das páginas 6 a 23 do Caderno da Equipe e 4 a 8 do Caderno da Família.

Assistir o vídeo “as experiências moldam a arquitetura do cérebro”.

Discutir na equipe e registrar os principais aspectos da discussão das questões:

- a) Que atitudes do nosso cotidiano refletem proteção e cuidado?
- b) Como podemos ensinar e aprender sobre cuidado e proteção?
- c) Quais experiências vocês já têm acerca do levantamento e monitoramento das práticas familiares de cuidado? Como vocês avaliam as questões da página 7 do Caderno da Família?

Parte II: Conversando sobre Cuidado e Proteção junto a Família e Redes Sociais

Leitura das páginas 24 a 36 do Caderno da Equipe e 9 a 13 do Caderno da Família.

Assistir os episódios sobre Família do vídeo do Canal Futura.

Discutir na equipe e registrar os principais aspectos da discussão das questões:

- a) Quais experiências vocês já têm acerca do reconhecimento de necessidades junto às famílias? Que tipo de intervenções vocês já realizam junto às famílias?
- b) De que forma a leitura das páginas 24 a 36 juntamente com o vídeo colaboram com a ampliação do reconhecimento de necessidades para intervenção no sentido da Promoção da Saúde?
- c) As recomendações da página 36 do Caderno da Equipe já são realizadas por algum membro da sua equipe? Quem e como? Aponte as facilidades e dificuldades.

Parte III: Conversando sobre cuidar de crianças

Leitura das páginas 45 a 81 do Caderno da Equipe e das páginas 14 a 23 do Caderno da Família.

Assistir o vídeo “o jogo da Ação e Reação”

Discutir na equipe e registrar os principais aspectos da discussão das questões:

- a) Quais experiências vocês já têm no uso das recomendações que estão descritas no box azul da página 47 do Caderno da equipe? Aponte as principais facilidades e dificuldades.
- b) Como vocês avaliam as questões da página 15 do Caderno da Família? Elas já são utilizadas e registradas por algum membro da equipe no contato com as famílias? Quem e como? Aponte as principais facilidades e dificuldades.
- c) Como vocês avaliam as questões da página 17 do Caderno da Família? Elas já são utilizadas e registradas por algum membro da equipe no contato com as famílias? Quem e como? Aponte as principais facilidades e dificuldades.
- d) Como vocês avaliam as questões da página 19 do Caderno da Família? Elas já são utilizadas e registradas por algum membro da equipe no contato com as famílias? Quem e como? Aponte as principais facilidades e dificuldades.
- e) Como vocês avaliam as questões das páginas 20 e 21 do Caderno da Família? Elas já são utilizadas e registradas por algum membro da equipe no contato com as famílias? Quem e como? Aponte as principais facilidades e dificuldades.
- f) Como vocês avaliam as questões da página 23 do Caderno da Família? Elas já são utilizadas e registradas por algum membro da equipe no contato com as famílias? Quem e como? Aponte as principais facilidades e dificuldades.

Parte IV: Conversando sobre Rede Social e Direitos das Crianças

Leitura das páginas 37 a 44 do Caderno da Equipe e das páginas 12 a 13 do Caderno da Família.

Assistir o vídeo “Super Cérebro”

Leitura das páginas 82 a 90 do Caderno da Equipe e 24 a 26 do Caderno da Família.

Assistir o vídeo “Stress Tóxico”

Discutir na equipe e registrar os principais aspectos da discussão das questões:

- a) De que forma a sua equipe têm discutido os direitos fundamentais das crianças com as famílias do seu território?
- b) Quais parceiros vocês identificam no território da UBS como aliado na garantia dos direitos das crianças? Que articulações vocês já têm?

APÊNDICE D

Cronograma de Capacitação – Modelo 2

Capacitação do "Projeto Janelas e Oportunidades"					
DATA	UNIDADES	Equipe	Médico	Enfermeiro	
29/10/13	USF 5	Verde	ATB	MB	
	USF 6	Verde	LM	TADS	
05/11/13					
	USF 5		DL		
12/11/13	USF 2	Verde	DJB	MCRLS	
	USF 1	Azul	CWB	CAT	
	USF 6	Laranja	MSO	JOS	
	USF 1	Lilás	RGA	JBÇA	
19/11/13	USF 6	Rosa	KW	ERC	
	USF 5	Amarela	LO	LG	
	USF 6	Amarela	VF	MCR	
26/11/13					
	USF 5	Azul	NÃO TEM MEDICO	PB	
03/12/2013	USF 1	Verde	BTW	SMS	
	USF 4	Verde	Equipe CF (56 médico participou)	D	
	USF 6		BVBL	NAO TEM ENFERMEIRO	
	USF 1	Amarela	JVG	SGS	
	USF 1	Branca	LI	B5A	
	USF 4	Vermelha	LNA	IAC	
10/12/2013	USF 3	Azul	CLF	RCC	
	USF 2		VHAE	DCPP

APÊNDICE E

Pré-Teste/Pós-Teste

Grupo: _____

Nome: _____ Idade: _____

Unidade: _____ Profissão: _____ Especialidade: _____

Local de formação: _____ Tempo de formação: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

1. Para a assistência à criança na atenção básica é imprescindível que se avalie os marcos do desenvolvimento pondero-estatural da criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

2. Os relacionamentos da criança com a mãe, o pai e irmãos são importantes para o desenvolvimento neuropsicomotor, afetivo e social pleno da criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

3. O papel do profissional da saúde é apoiar a família na construção de um relacionamento afetivo com a criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

4. Os vínculos próximos entre o profissional de saúde e cuidador primário da criança são importantes.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

5. A rotina doméstica de cuidados é uma importante forma de estimulação da criança e o profissional de saúde deve reconhecê-la.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

6. É papel do profissional de saúde estimular a família a manter uma rotina de cuidados da criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

7. É papel do profissional de saúde ajudar a família a identificar as diferentes necessidades que a criança possui em cada fase de seu desenvolvimento.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

8. É importante que o profissional de saúde decida juntamente com a família a necessidade de alguma intervenção que a criança possa precisar.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

9. O profissional de saúde deve estimular a família a realizar brincadeiras com as crianças.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

10. É papel do profissional de saúde incentivar a família a acariciar e conversar com a criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

11. É papel do profissional de saúde orientar a família a incentivar maior independência da criança em atividades rotineiras como se vestir, tomar banho, comer e brincar.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

12. O profissional de saúde deve incentivar a família a criar oportunidades de participação e convivência com todos os membros, por exemplo, em refeições.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

13. É papel do profissional de saúde discutir com o cuidador primário qual deve ser alimentação mais adequada para a idade da criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

14. O profissional de saúde precisa Conhecer os hábitos de higiene familiar e as dificuldades para a sua manutenção como estratégia a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

15. É papel do profissional de saúde auxiliar a família a identificar se o lugar onde a criança brinca, dorme e se alimenta é seguro para sua integridade física.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

16. É papel do profissional de saúde orientar a família a colocar em prática os direitos sociais e civis que a criança possui (convivência familiar e comunitária, saúde, educação, esporte, lazer e cultura, registro civil).

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

17. O profissional de saúde deve incentivar que a família valorize as expressões das percepções, ideias e sentimentos da criança.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

18. Identificar e fortalecer os patrimônios que a família possui é importante para a assistência na Atenção Básica.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

19. O profissional de saúde deve ajudar a família a identificar e acionar as redes sociais que a família possui.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

20. As redes sociais da família são recursos imprescindíveis para a sustentabilidade da saúde da família.

(1) Discordo muito (2) Discordo em partes (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo(5) Concordo muito

APÊNDICE F

Avaliação da Reação

Grupo: _____

Nome: _____ Idade: _____

Unidade: _____ Profissão: _____ Especialidade: _____

Local de formação: _____ Tempo de formação: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Por favor, dê sua opinião e apresente seus comentários sinceros. Suas respostas nos ajudarão a avaliar este programa e a melhorar as oficinas.

1. Como você avalia o assunto? (interesse, benefício, etc.)

_____ Excelente

Comentários e sugestões:

_____ Muito Bom

_____ Bom

_____ Regular

_____ Fraco

2. Você acha o assunto da oficina importante e pertinente para a sua prática profissional?

_____ Excelente

Comentários e sugestões:

_____ Muito Bom

_____ Bom

_____ Regular

_____ Fraco

3. O material da oficina é de fácil uso?

_____ Sim

Comentários e sugestões:

_____ Mais ou menos

_____ Não

4. Você será capaz de aplicar o que foi ensinado na oficina?

_____ Totalmente

Comentários e sugestões:

_____ Parcialmente

_____ Algumas vezes

_____ Nunca

5. Como você avalia os facilitadores da oficina? (conhecimento do assunto, capacidade de comunicação, etc.)

_____ Excelente

Comentários e sugestões:

_____ Muito Bom

_____ Bom

_____ Regular

_____ Fraco

6. O que você acha que poderia ser melhorado na oficina?

Quais foram as dificuldades para o uso do material?

Você percebeu alguma diferença em sua prática clínica no pré-natal, na puericultura e nas visitas domiciliares?

Qual tem sido sua maior dificuldade?

Apoio dado e acordos realizados na supervisão.

Data para a próxima supervisão:

APÊNDICE H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a)

Eu, Danielle Freitas Alvim de Castro, Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, estou realizando a pesquisa intitulada: **Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil: a perspectiva da Incorporação Tecnológica**. Nesta pesquisa os profissionais de saúde serão instrumentalizados com as tecnologias de promoção do desenvolvimento infantil elaboradas anteriormente no Projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades e validadas. Após a instrumentalização será realizada a avaliação da apropriação e incorporação dessas tecnologias pelos profissionais.

Solicito por meio deste termo a sua autorização e colaboração para participar do estudo. Sua participação é livre e eu me responsabilizo por manter seus dados pessoais em sigilo e confidencialidade, divulgando somente os aspectos gerais dos resultados da pesquisa.

Você poderá recusar ou desistir a qualquer momento: durante a entrevista, as oficinas e grupos; sem risco de qualquer prejuízo ou penalização.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da USP - Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar, telefone: 3061-7548 - edipesq@usp.br; ou
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36, 2º andar, telefone: 3218-4043.

No final da pesquisa os resultados serão apresentados aos participantes.

Autorização

Eu, _____, depois das orientações recebidas, dou meu consentimento para participar do estudo. Neste estudo, reconheço que minha participação é de livre e de espontânea vontade, sendo assegurada a confidência das respostas, assim como sigilo da minha identidade. Estou ciente de que os resultados gerais serão publicados. Sei, ainda, que posso abandonar a entrevista a qualquer momento sem que sofra qualquer prejuízo ou penalização. Estou ciente de que não sofrerei danos decorrentes dessa entrevista.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com: Danielle F. A. de Castro: (11) 985274244 ou email: dani_facastro@hotmail.com

APÊNDICE I

Mapas Conceituais das Equipes Capacitadas

Abaixo seguem os mapas conceituais de todas as Equipes supervisionadas com a sua trajetória em todas as fases da pesquisa.

A legenda abaixo mostra as cores que foram usadas nos mapas conceituais.

Legenda:

Profissional:

- Médico
- Enfermeiro

Idade:

Trabalho na Unidade:

Formação:

Capacitação:

Avaliação da Reação:

Avaliação da Aprendizagem:

Mudança de Comportamento:

Resultados:

Unidade de Saúde Da Família 1

Incorporação Parcial da Tecnologia

Não Incorporação da Tecnologia

Unidade de Saúde da Família 2

Incorporação Parcial da Tecnologia

Não Incorporação da Tecnologia

Unidade de Saúde da Família 3

Incorporação da Tecnologia

Não Incorporação da Tecnologia

Unidade de Saúde da Família 4

Incorporação da Tecnologia

Incorporação Parcial da Tecnologia

Incorporação da Tecnologia

Incorporação Parcial da Tecnologia

Não Incorporação da Tecnologia

ANEXOS

ANEXO - 1

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias

Pesquisador: Anna Maria Chiesa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06465712.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEU SP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 151.088

Data da Relatoria: 06/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa-ação, que visa simultaneamente intervir e avaliar a realidade pesquisada, a partir de métodos participativos.

Empregando as tecnologias do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família e NASF, buscará reconhecer a apropriação dos profissionais que participaram em relação a tais tecnologias. Buscará também discutir, na perspectiva dos profissionais, as possibilidades e limites da incorporação dessas tecnologias no cotidiano da atenção à saúde, além de discutir, na perspectiva dos familiares, as possibilidades e limites do uso de tais tecnologias.

Hipótese: instrumentalização dos profissionais de saúde; aumento das competências profissionais em desenvolvimento infantil; promoção da saúde de famílias com crianças até 3 anos; desenvolvimento das crianças até 3 anos.

Número de amostras: 3.300

Critério de Inclusão: profissionais capacitados com o material do projeto Nossas crianças: janelas de oportunidades e famílias gestantes e/ou com crianças até 6 anos de idade (Região Butantan-Jaguari, São Paulo, SP)

Metodologia de Análise de Dados:

Serão feitas análises qualitativas dos discursos dos profissionais e dos familiares. Serão

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

realizadas planilhas com dados quantitativos e realizadas análises estatísticas com os dados.

Objetivo da Pesquisa:

Empregar as tecnologias do projeto Janelas para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família e NASF para ações de promoção do desenvolvimento infantil; Avaliar a apropriação dessas tecnologias pelos profissionais; Discutir as possibilidades e limites da incorporação dessas tecnologias no cotidiano da atenção à saúde, na perspectiva dos profissionais; Discutir as possibilidades e limites do uso de tais tecnologias, na perspectiva dos familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: aparentemente, riscos irrelevantes

Benefícios: instrumentalização dos profissionais para utilizarem a tecnologia de promoção de saúde de maneira que contribua para o desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto previamente aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem da USP

O projeto apresenta descrição clara, obedecendo o rigor formal de uma pesquisa relevante, bem fundamentada e com padrões metodológicos compatíveis com a proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto apresentada foi considerada adequada. Foram informadas adequadamente as instituições proponentes e coparticipantes.

Foi apresentada autorização do gestor de SMS para realização do estudo.

Foram adequadamente apresentados cronograma, planilha de custos e fonte financiadora.

O currículo dos pesquisadores estão de acordo com o estudo proposto.

Apresentou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dentro dos padrões da Portaria 196/96 - CMS/MS

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 22 de Novembro de 2012

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 2

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias

Pesquisador: Anna Maria Chiesa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06465712.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 145.626

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

A partir da experiência com o "Projeto Nossas Crianças, Janelas de Oportunidades" - projeto interventivo para a inovação tecnológica no campo da educação e da promoção em saúde, mediante atuação das equipes da ESF - pretende-se "apoiar as ESF para ações voltadas ao desenvolvimento infantil". Para tanto, serão utilizadas: "a Ficha

de Acompanhamento dos Cuidados Familiares para a promoção da saúde infantil", "a cartilha e o manual de apoio para as equipes de saúde" e a formação dos profissionais de saúde para utilização dos materiais mencionados, considerados tecnologias inovadoras "para dar suporte às ações das equipes de saúde na promoção do desenvolvimento integral da criança, fortalecendo as competências familiares neste processo". De acordo com a autora, o potencial do Projeto Janelas para o fortalecimento das ações na atenção básica dá-se porque ele se estrutura de forma diferenciada, entendendo a necessidade de superar a abordagem tradicional ao desenvolvimento infantil, centrada principalmente na avaliação das aquisições motoras da criança, para outra que integra ações em diferentes níveis e influencia uma ampla gama de fatores relacionados ao desenvolvimento da criança. Os conteúdos do projeto abarcam as áreas de cuidados de alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e segurança, brincadeira, direitos e participação. No que se refere a metodologia, "propõe-se a realização de uma pesquisa-ação, que visa simultaneamente conhecer e intervir na realidade pesquisada. Etapas previstas: Realização de Seminário de pactuação das etapas do projeto com a coordenação do Projeto Região Oeste para definição do cronograma de realização das atividades e construção dos instrumentos de

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

caracterização das práticas; Realização de oficinas de formação dos profissionais para apropriação das tecnologias do projeto; Definição do grupo de supervisão, monitoramento e avaliação do processo, contemplando representação da academia e dos serviços; Realização de Seminário para elaboração dos instrumentos de avaliação da implementação (caracterização dos serviços, grupo focal de profissionais, entrevistas com os pais/famílias); Reaplicação dos instrumentos de avaliação no momento após seis meses de implementação das tecnologias; Seminário Final para síntese das experiências".

Objetivo da Pesquisa:

Constam dos objetivos da pesquisa: " Empregar as tecnologias do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades (<http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/producao>) para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família e NASF; Reconhecer a apropriação dos profissionais em questão em relação a tais tecnologias; Discutir, na perspectiva dos profissionais, as possibilidades e limites da incorporação dessas tecnologias no cotidiano da atenção à saúde; Discutir, na perspectiva dos familiares, as possibilidades e limites do uso de tais tecnologias".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos. Com relação aos benefícios, haverá a capacitação dos profissionais de saúde para o uso de uma tecnologia de promoção da saúde para o desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está descrita rigorosamente, tem fundamento teórico-conceitual e metodologicamente é coerente com o que propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão de acordo com as orientações da Resolução 196/96.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

SAO PAULO, 13 de Novembro de 2012

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br