

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

Larissa Simão Beskow Junckes

**PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO NO CURSO INTRODUTÓRIO DE SAÚDE DA
FAMÍLIA/RS - MODALIDADE EAD: uma análise da perspectiva dos
participantes**

Porto Alegre
2018

Larissa Simão Beskow Junckes

**PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO NO CURSO INTRODUTÓRIO DE SAÚDE DA
FAMÍLIA/RS - MODALIDADE EAD: uma análise da perspectiva dos
participantes**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre do Nascimento Almeida

Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Rosa da Costa

Porto Alegre

2018

Catálogo na Publicação

Junckes, Larissa Simão Beskow Junckes

**Práticas de avaliação de avaliação no curso
Introdutório de Saúde da Família/RS - modalidade EAD :
uma análise da perspectiva dos participantes / Larissa
Simão Beskow Junckes Junckes. -- 2018.**

151 p. : 30 cm.

**Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2018.**

**Orientador (a): Prof. Dr. Alexandre do
Nascimento Almeida ; coorientador(a): Márcia Rosa
da Costa.**

**1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação à distância.
3. Educação Permanente em Saúde. 4. Saúde da Família. 5.
Avaliação. I. Título.**

AGRADECIMENTOS

À minha família, pai e mãe, que sempre me guiaram e incentivaram; em especial, ao meu esposo e ao nosso filhote, que foram pacientes e compreensivos nos vários momentos de minha ausência. Vocês são a razão da minha força e da minha vida. Amo vocês!

A todos da equipe UNA-SUS/UFCSPA, que colaboraram para que esta dissertação fosse realizada, especialmente à Duda e à Eugênia, que sempre acreditaram e confiaram no meu trabalho, inclusive na ideia do Curso Introdutório de Saúde da Família. Amigas, contem sempre comigo!

Ao meu orientador Alexandre, pela paciência e pela grandiosidade em se disponibilizar a me ensinar a enxergar a educação sob uma outra perspectiva, compreendendo minhas fragilidades, meu desconhecimento, meu ritmo acelerado e minhas impulsividades. Muito obrigada!

À minha coorientadora Márcia, amiga de muitas conversas sobre ensino e sobre a vida, que, desde o meu ingresso na UNA-SUS, faz-me olhar as coisas sob outro prisma, enriquecendo minha alma e minha mente com seus conhecimentos, tornando-me uma pessoa melhor. Gratidão, amiga!

À Alessandra, amiga e companheira, que esteve comigo desde o início e que sempre compreendeu meus anseios por um SUS qualificado, efetivo e resolutivo, junto com um mundo melhor. Muito obrigada, Ale!

Aos amigos da Prefeitura que trocaram ideias sobre o tema desta pesquisa e me ajudaram em diferentes momentos, em especial ao Rodrigo, parceiro de todas as horas, muito obrigada Digo!

À Ana Rachel, pelas orientações sobre linguística de corpus, obrigada!

Aos professores e colegas do *Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino na Saúde* da UFCSPA, pela parceria, aprendizado e risadas nestes anos: valeu!

RESUMO

Os processos de educação em saúde vêm se consolidando nos últimos anos através da implementação de políticas públicas de educação permanente voltadas para a qualificação dos serviços e dos profissionais de saúde, principalmente dos que atuam em Estratégia de Saúde da Família - ESF. Grande parte desses processos educacionais ocorrem através de cursos presenciais, semipresenciais ou na modalidade a distância (EaD), como o Curso Introdutório de Saúde da Família executado pela UNA-SUS/UFCSPA. Alguns cursos que se utilizam da modalidade EaD, os processos de avaliação não são explorados ou mesmo realizados sob uma ótica qualitativa. Além disso, na sua grande maioria, as pesquisas discutem a avaliação a partir de uma lógica quantitativa. Diante disso, nos vimos instigados a olhar para esse cenário, para essas informações e para nossa atuação, executando esta pesquisa, que se utilizou de dados secundários provenientes do banco de dados da UNA-SUS/UFCSPA, referente ao curso executado em 2014. O objetivo geral da pesquisa é analisar as práticas de avaliação realizadas pelos participantes do Curso Introdutório de Saúde da Família, a fim de oferecer um olhar sobre os processos de ensino-aprendizagem nos quais os profissionais de saúde se engajam quando em formação. Para isso procedemos à análise dos dados através de metodologia qualitativa, realizando uma triangulação dos dados através de Análise Temática, Linguística de Corpus e Análise Reflexiva. Assim, verificamos que o curso utilizou-se de uma metodologia, a qual não avaliou exclusivamente processos de ensino-aprendizagem e sim práticas de avaliação dos serviços e das práticas diárias dos profissionais. A partir daí, elaboramos um guia para a condução de processos avaliativos em cursos EaD semipresenciais voltado para formação de profissionais de saúde, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento planejado das ações avaliativas e, assim, efetivar um intercâmbio de conhecimentos relativos aos processos de ensino-aprendizagem na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação a Distância. Educação Permanente em Saúde. Saúde da Família. Avaliação.

ABSTRACT

Implementation of public policies for continuing education aimed at qualifying health services and health professionals – especially those working in the Family Health Strategy (ESF, *Estratégia de Saúde da Família*) – have strengthened health education processes in recent years. Most education processes occur through on-site, hybrid or distance learning courses, such as the Family Health Introductory Course offered by UNA-SUS/UFCSPA. Qualitative assessment of distance learning ESF courses' educational practices is not usually considered nor applied. Moreover, research projects usually discuss assessments through a quantitative perspective. Therefore, I was curious to look at this situation, at this information and at my own practice. I carried out this research project employing second-hand data from UNA-SUS/UFCSPA's database regarding the class of 2014. The general objective of this project is to analyze assessment practices undertaken by participants in the Family Health Introductory Course, pondering on teaching and learning processes in the education of health professionals. To achieve that, this project included a qualitative analysis of the data, triangulating it through Thematic Analysis, Corpus Linguistics, and Reflexive Analysis. The project verified that the course employed an assessment methodology that did not assess only teaching and learning processes, but also service and routine practices of participating professionals. Following the findings of this project, a guide for assessing hybrid-distance-learning processes was created. It aims at educating health professionals and seeks to contribute to planned development of assessment activities, thus encouraging knowledge exchange regarding teaching and learning processes in Primary Healthcare and in the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*).

Keywords: Unified Health System. Distance Learning. Continuing Health Education. Family Health. Assessment.

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE BRASILEIRA	12
2.1.	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
2.2.	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.3.	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	29
2.4.	EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA	34
2.5.	CURSO INTRODUTÓRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	39
2.6.	AVALIAÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	41
3.	AGREGANDO E TRIANGULANDO: percurso metodológico	51
3.1.	PESQUISA QUALITATIVA.....	51
3.2.	CENÁRIO DE PESQUISA	53
3.3.	MÉTODOS DE ANÁLISE	57
3.3.1.	Triangulação	57
3.3.2.	O Processo de Transcrição	58
3.3.3.	Análise Temática	60
3.3.4.	Linguística de Corpus	65
3.3.5.	Análise Reflexiva	66
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1.	ANÁLISE TEMÁTICA DOS ENCONTROS PRESENCIAIS	69
4.1.1	Apresentação dos temas e subtemas.....	70
4.1.1.1.	Gestão do SUS.....	71
4.1.1.2.	Saúde da Família	77
4.1.1.3.	Educação e Saúde	81
4.2.	A FICHA DE AVALIAÇÃO VISTA DE OUTRA PERSPECTIVA	85
4.2.1	Análise dos dados quantitativos.....	87
4.2.2	Análise a partir da Linguística de Corpus	97

4.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O RELATÓRIO TÉCNICO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS	110
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A - Guia para condução de processos avaliativos em cursos EaD semipresenciais	137
ANEXOS	158
ANEXO A – Ficha de Avaliação	159
ANEXO B – Parecer do CEP	160

1. INTRODUÇÃO

Os processos de ensino e aprendizagem sempre causaram-nos certo apreço frente às diferentes metodologias existentes e às infinitas possibilidades de se trabalhar com o ensino. Ao integrarmos a equipe da Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS/UFCSPA no ano 2012, novas modalidades de ensino nos foram apresentadas. Assim, um universo imenso se mostrou, o da Educação a Distância e, com ele; suas peculiaridades e novidades. No ano de 2014, a UNA-SUS/UFCSPA realizou o Curso Introdutório de Saúde da Família em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, na modalidade de Educação a Distância – EaD, com encontros presenciais, inovando na execução desse tipo de curso no Estado do Rio Grande do Sul.

No período da edição do curso, cabe-nos ressaltar, a pesquisadora fazia parte da equipe de concepção, desenvolvimento e execução do Curso Introdutório de Saúde da Família, participando de todos os processos de ensino-aprendizagem, o que inclui as atividades presenciais e a elaboração dos relatórios técnicos e de prestação de contas. A partir do ingresso como aluna do programa de mestrado profissional em ensino em saúde, motivamo-nos a olhar essa atuação profissional, pois nos remetemos à nossa atuação e verificamos nessa experiência um bom tema para estudo e contribuição para o local de trabalho no qual estamos inseridos.

Em muitos cursos da Saúde da Família que contam com a modalidade EaD, os processos de avaliação desta e das demais práticas educativas não são explorados ou mesmo realizados sob uma ótica qualitativa. Majoritariamente, a avaliação é discutida pelas pesquisas a partir de uma lógica quantitativa, em que práticas de mensuração do conhecimento são comuns. Assim, faz-se necessário analisar que concepção de avaliação está sendo utilizada, bem como que cenário apresentam (quantificação, questionários, relatórios etc.), uma vez que se vislumbra que poucas pesquisas se propõem a analisar o processo avaliativo *in situ*. Diante desse cenário, este projeto tem como objetivo geral analisar as práticas de avaliação realizadas pelos participantes durante a formação, na modalidade de educação a distância, no contexto do Curso Introdutório de Saúde da Família no Rio Grande do Sul.

O estudo realizado tem uma abordagem de caráter qualitativo e se insere nos estudos de natureza exploratória dos dados. Os dados são secundários e provêm do banco de dados da UNA-SUS/UFCSPA, que realizou as duas edições do curso no ano de 2014, com a participação de 425 profissionais de saúde de nível superior que atuam em equipe de ESF, três coordenadoras do curso e sete tutores. Os referidos dados provêm de três fontes secundárias: (a) gravações em áudio e vídeo dos encontros presenciais; (b) 392 fichas de avaliação respondidas pelos participantes ao final do curso; (c) o relatório final de prestação de contas.

Durante todas as fases do curso, foram desenvolvidas atividades de cunho avaliativo, nas quais os participantes (profissionais da saúde e equipe gestora) se engajaram de maneiras distintas, o que gerou a produção de um relatório final entregue pela equipe coordenadora à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Esse relatório, assim como as demais práticas avaliativas realizadas, reflete a postura crítico-reflexiva adotada pela UNA-SUS/UFCSPA com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento de seus cursos de maneira contínua e sistemática.

Considerando esse cenário, esta pesquisa tem por objetivo geral analisar as práticas de avaliação realizadas pelos participantes do Curso Introdutório de Saúde da Família, a fim de oferecer um olhar sobre os processos de ensino e aprendizagem nos quais os profissionais de saúde se engajam quando em formação. Dentro desse contexto, realizamos este estudo buscando responder a seguinte pergunta: como ocorrem as práticas de avaliação durante a formação dos profissionais de saúde no Curso Introdutório de Saúde da Família – RS, modalidade EaD? Essa pergunta geral se desdobra em questionamentos específicos, a saber:

- a) Que temáticas de cunho avaliativo se tornam relevantes para os participantes durante os encontros presenciais do curso?
- b) Que categorias semânticas são observadas nas fichas de avaliação respondidas pelos profissionais de saúde ao final do curso?
- c) Qual concepção de avaliação subjaz ao relatório final produzido pela equipe coordenadora do curso?

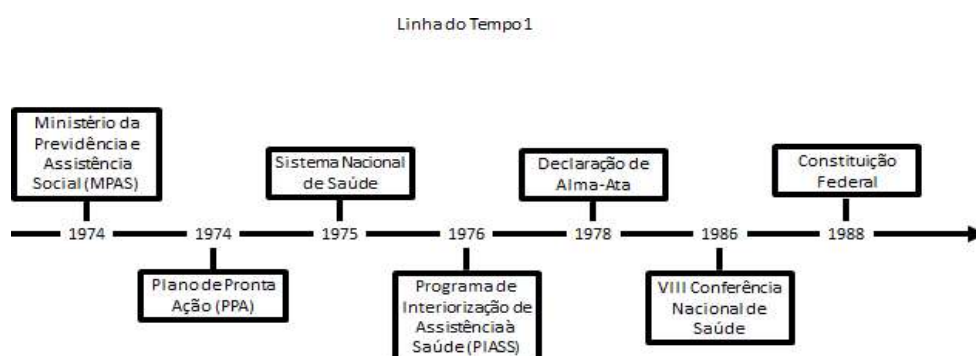
d) Que construto de avaliação emerge após o mapeamento das práticas avaliativas realizadas durante o curso?

Para respondermos a essas perguntas, procedemos à análise com metodologia qualitativa através de triangulação dos dados, utilizando Análise Temática, Linguística de Corpus e Análise Reflexiva. No decorrer da caminhada e na construção das análises, encontramos outros achados que não responderam diretamente a algumas questões iniciais da presente pesquisa, mas que se mostraram muito relevantes para a análise, por isso serão apresentadas no capítulo de análise e discussão. Após esta análise acreditamos que será possível subsidiar o desenvolvimento teórico- metodológico na área de avaliação de projetos e práticas educativas em saúde voltados para a Estratégia de Saúde da Família realizados pela equipe da UNA- SUS/UFCSPA.

2. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE BRASILEIRA

A história política do Brasil e todas as mudanças que ocorreram, e continuam ocorrendo, influenciaram e foram influenciadas, direta ou indiretamente, por movimentos organizados pela sociedade civil. A reforma sanitária no Brasil, por exemplo, foi pensada e conduzida por cidadãos e não por partidos políticos ou por governos (PAIM, 2009). As políticas governamentais implantadas e implementadas nas últimas décadas nos fazem refletir sobre como os cenários políticos nacionais e mesmo internacionais influenciam nesses direcionamentos e nessas construções. Historicamente, ocorreram grandes reviravoltas na política do país, as quais culminaram em mudanças significativas nas políticas para saúde, assim como nas políticas para educação, meio ambiente, direitos humanos, segurança entre outras áreas. É muito interessante estudar todo o contexto histórico das políticas públicas brasileiras e em quais momentos sociais, políticos e econômicos ocorreram transformações que incidem nas políticas públicas que conhecemos nos dias atuais. Isso porque as mudanças que ocorreram nesses momentos no Brasil implicaram diretamente a construção e a constituição da estruturação e do serviço de saúde existente nos dias atuais. A linha do tempo abaixo traz um resumo de importantes marcos históricos para a política de saúde do Brasil:

Figura 1: Linha do tempo 1



Como relatamos antes, o Brasil apresentou, nas últimas décadas, significativa evolução política, econômica e social, que suscitou transformações nas políticas públicas. Na área da saúde, esse processo vem ocorrendo há décadas, mas iniciaremos nossa reflexão a partir de 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Instituiu-se nesse momento o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), do qual fazem parte o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social). Todos esses órgãos foram criados visando atender as questões de seguridade social dos cidadãos brasileiros que eram vinculados a algum órgão federativo, instituição, empresa, serviço ou entidade (OLIVEIRA, 1989).

No ano de 1974 também foi instituído o Plano de Pronta Ação – PPA, que não modifica significativamente a estrutura e a forma de se fazer saúde, mas traz novas concepções, pois tem como finalidade propiciar acesso, aos previdenciários, à consulta médico-ambulatorial através de uma rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência. Alguns estudiosos consideram que foi a partir desse movimento político-social que se começou a pensar a saúde em seus diferentes níveis de atenção. Para Castro (1992), o plano seria o embrião do que se tem de sistema de saúde nos dias atuais, principalmente no que diz respeito à universalização do sistema de saúde.

Em 1975 passa-se a discutir alguns tópicos de saúde pública antes pouco discutidos, como Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o Programa de Controle de Grandes Endemias e a Extensão dos Programas de Saúde às Populações Rurais. A partir dessa discussão, é criado o Sistema Nacional de Saúde através da Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975, sendo traçadas as competências do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social. O Sistema Nacional de Saúde não prosperou com suas propostas, visto que existia um interesse “obscuro” por trás das tomadas de decisão que não viabilizaram recursos para

as ações e programas que envolviam a área preventiva, sendo essa incapaz de realizar suas propostas. Enquanto isso, a área curativa, hospitalocêntrica, foi amplamente subsidiada pelo governo, mesmo sendo mais dispendiosa.

Nesse contexto e com os problemas de saúde pública agravando-se ano a ano no Brasil, o governo pensou em uma nova proposta de programa de saúde para atender às mazelas do povo brasileiro. Assim, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, no ano de 1976, ao qual os profissionais do “movimento sanitário” se engajaram.

O PIASS tinha como diretriz principal a organização de uma estrutura básica de saúde nos Municípios com até vinte mil habitantes, ou seja, era um programa de interiorização do atendimento, que pretendia realizar ações de saúde com maior eficiência e baixos custos (CASTRO, 1992). A partir daí passam a ocorrer movimentos importantes, políticos e sociais, com destaque para os movimentos dos secretários municipais de saúde visando a reorganização dos serviços de saúde locais.

Outro aspecto importante para essas mudanças de paradigmas e mesmo de ações e premissas a serem executadas ocorreu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, quando foi escrita a Declaração de Alma-Ata. Consta na referida declaração:

[...] concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. (OPAS/OMS, 1978).

A partir desse engajamento e de novas formas de ver e pensar a saúde pública e a saúde como um todo no mundo e no Brasil, além das questões políticas e econômicas que o país enfrentava nesse momento, foram se organizando novas estratégias e elaborando-se novos programas que atendessem às reais necessidades do cidadão brasileiro.

Em 1985, com o fim do regime militar, e logo em 1986 com a forte mobilização dos profissionais de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde, transformações importantíssimas eram debatidas e “construídas”. Isso porque era de consenso de todos que somente mudanças administrativas, organizacionais e econômicas não seriam suficientes para a transformação necessária no sistema de saúde do país. Os participantes desse momento histórico almejavam mudanças reais e significativas, ou seja, uma ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária, isto é, a intervenção do Estado visando a garantia da saúde da população não deveria se restringir às políticas de saúde, mas articular as demais políticas, para com isso alterar as condições de vida de modo mais amplo (CASTRO, 1992).

No ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, mudanças essenciais de conceito, dever e direitos, debatidas e amplamente discutidas e idealizadas nos últimos anos, passam a fazer parte da história da política de saúde do país. Essas mudanças e o entendimento sobre o que é saúde e como se deve fazer saúde ficam explícitos em dois artigos da Constituição Federal, o art. 196 e o art. 198. No art. 196 está deliberado sobre qual é o papel do Estado no âmbito da saúde, explanando que saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, de forma igualitária e universal, e um dever do Estado. Complementando o art. 196, no art. 198 reforça-se, ainda, a ideia de um sistema de saúde com ações e serviços realizados de forma hierarquizada e regionalizada, em que se ocorra integração, articulação e organização entre os diferentes serviços de saúde, propiciando a descentralização desses processos, além de um atendimento. É importante destacar neste artigo a participação da comunidade, o que será reforçado com a Lei nº 8.142/90, ou seja, o cidadão participando das decisões sobre saúde. Decisões estas que refletem direta ou indiretamente sobre si, e que impactam no seu ambiente, na comunidade onde esse cidadão está inserido. Por isso, sua participação e sua voz é tão essencial nesse processo de planejamento de ações de saúde (BRASIL, 1988).

A partir dessas premissas, verificamos o quanto o Brasil estava “lutando” pelos direitos de cada cidadão e como, após anos de um governo ditatorial, se preparava e se empoderava para um novo momento, o Sistema Único de Saúde.

Um momento de mudanças profundas na forma de ver, fazer e entender a saúde no Brasil, em que se percebe um processo de empoderamento do cidadão, no tempo em que este passa a participar de forma mais ativa das decisões que envolvem o contexto de saúde.

2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A nova história da saúde dos brasileiros, que tem o Sistema Único de Saúde – SUS como protagonista, não foi fácil de ser escrita e muito menos de ser iniciada. Muitas discussões e ponderações ocorreram após a promulgação da Constituição de 1988, sendo somente em 19 de setembro de 1990 promulgada e regulamentada a Lei 8.080, que institui o SUS. O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Dentre os vários artigos importantes e relevantes na lei 8.080/1990 para a nova concepção de saúde no Brasil, cabe-nos elencar, para fins de discussão nesta pesquisa, alguns tópicos do artigo 5º, objetivos e atribuições, e do artigo 7º, princípios e diretrizes, respectivamente.

No artigo 5º, destacamos como ponto relevante a questão de formulação de política de saúde, ou seja, inicia-se um processo de formulação de políticas de saúde destinadas a promover o acesso aos serviços de saúde, através da implantação de políticas públicas, como a política de saúde da criança, a política de saúde da mulher e da saúde do idoso. Além disso, o artigo 5º refere que a assistência ao cidadão será por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo que a assistência ocorrerá em todas as necessidades de saúde desse indivíduo, desde as ações de prevenção até as de recuperação.

No artigo 7º, que versa sobre os princípios e diretrizes do SUS, elencamos para esta discussão os princípios doutrinários, a saber: a integralidade, equidade e universalidade. A integralidade diz respeito ao atendimento ao cidadão, ou seja, que este cidadão seja reconhecido em todas as suas

necessidades, olhando não somente para seu contexto terapêutico, mas também para seu contexto social, na sua integralidade. Já a equidade explica que o SUS deve realizar processos de identificação das desigualdades sociais, reconhecendo-as e mapeando-as entre as comunidades nos diferentes territórios, primando por atender aqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, reduzindo as disparidades locais e regionais.

Ao encontro disso temos o princípio da universalidade, que reforça o que consta na constituição, uma vez que explicita que todo cidadão tem direito a ser atendido, independentemente de cor, raça, religião, situação econômica, social, enfim, todos tem direitos iguais. Mas a universalidade vai além, pois se estabelece como a base de toda a estrutura de saúde, podemos dizer assim, alicerçando os processos e planejamentos das ações em saúde, já que para se ter um serviço de saúde universal necessita-se que este seja planejado e estruturado dentro de uma lógica de gratuidade e de justiça.

Com base nesses artigos e nas outras legislações que foram se consolidando ao longo dos anos, novos rumos começaram a serem efetivamente traçados, mudando completamente o contexto da saúde no Brasil, que passa a contar com uma forte e importante participação dos cidadãos através do controle social, também regulamentado por legislação, na Lei nº 8.142/90. Essa legislação possibilitou que os cidadãos tenham acesso às informações de saúde, conhecendo a gestão, participando do planejamento, acompanhando a execução e realizando momentos de avaliação das ações de saúde que estão sendo realizadas, participando também de forma direta e indireta nesses processos que dizem respeito à saúde da comunidade. Com isso, a sociedade passa a se organizar para efetivamente exercer seu papel no contexto da saúde pública brasileira, auxiliando e colaborando nos processos de implantação e implementação de novas políticas e diretrizes para o SUS. (BRASIL, 1990).

O SUS, mesmo com todas as legislações existentes, mantém-se em constante evolução gerando momentos de discussões entre todos os pares que participam do processo, pois ele não é um processo estanque e sim em movimento, como nos lembra Paim:

O SUS não é um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um sistema de serviços de saúde destinados aos pobres e “indigentes”. Pelo menos não é isso que se encontra na constituição e nas leis, nem é o proposto pela Reforma Sanitária Brasileira (2009, p. 72).

Paim (2009) também ressalta que devemos compreender melhor alguns conceitos nessa nova estrutura política da saúde que são diversas vezes interpretados e utilizados de forma equivocada, como o conceito de modelo de atenção. Para o autor, modelo de atenção à saúde pode ser definido como uma combinação tecnológica estruturada para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas.

De acordo com Paim, precisamos conhecer a história desses conceitos e em que momento eles foram elencados. No que diz respeito aos modelos de atenção, relata que, na Declaração de Alma-Ata, esta combinação tecnológica conhecida como modelo da atenção primária era contraposta ao modelo hospitalocêntrico, alimentando uma crítica político-ideológica com propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviço de saúde.

No Brasil, utiliza-se tanto o termo expressão atenção básica como atenção primária, reservando os termos média e alta complexidade para a atenção especializada e assistência hospitalar (PAIM, 2009). Alguns autores exploraram essa discussão, como Mello (2009). Relata que, diferentemente da tendência internacional do uso de Atenção Primária (AP), a expressão Atenção Básica (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária gira em torno de quatro características elementares: primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado, tanto no plano individual, quanto no coletivo. Um sistema de saúde atingiria, então, as principais ideias contidas na declaração de Alma-Ata.

A rede de atenção à saúde está dividida em três níveis, que são assim denominados: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Na atenção primária encontram-se as Unidades Básicas de Saúde - UBS, também

denominadas “porta de entrada” ao SUS, onde são realizados os atendimentos de baixa complexidade, como consultas médicas e de enfermagem, procedimentos de baixa complexidade, como curativos, nebulização, imunizações entre outros. Na atenção secundária, também denominada de média complexidade, temos as clínicas, ambulatórios, serviços que realizam consultas médicas especializadas e procedimentos de média complexidade. Também estão na média complexidade os serviços prestados por Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e pelos hospitais de média complexidade, que realizam alguns procedimentos e tratamentos a situações de média complexidade, frente à complexidade a qual está credenciada. Na atenção terciária, também chamada de alta complexidade, estão os hospitais que realizam procedimentos complexos, como cirurgias, internações, entre outros que englobam a alta complexidade em saúde. Neste trabalho, empregaremos a terminologia atenção primária à saúde (APS), que é o conceito internacionalmente utilizado para designar o primeiro nível de atenção e primeira porta de entrada ao sistema de saúde.

2.2.A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local em que as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OPAS/OMS, 1978).

A APS no Brasil teve seu início no final da década de 70, com a ampliação da assistência à saúde à população da zona rural dos diferentes municípios brasileiros, através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS de 1976 e de outras estratégias que se voltavam para o atendimento à população, como já relatado. Nesse programa especificamente um dos objetivos que podemos destacar era o incentivo à participação e ao envolvimento da comunidade no planejamento e nas ações de saúde.

A partir desse momento, das ações paralelas e dos movimentos dos sanitaristas e, principalmente, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, iniciou-se um significativo processo de construção do que temos hoje no quesito Sistema de Saúde, tendo sido instituído, em 1988, na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde, com suas diretrizes e normativas, propiciando a todo cidadão direito à saúde de forma integral. Lembramos que, nesse momento, princípios formais e legais são instituídos como universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade, como seguem:

- **Universalidade:** todo cidadão tem direito à saúde, sendo que o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido, pelo Estado, a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais
- **Integralidade:** todo cidadão deve ser atendido em todas as suas necessidades integralmente. Para que isso ocorra, faz-se necessária a integração de ações de saúde, como promoção, prevenção, o tratamento e a reabilitação.
- **Equidade:** os cidadãos possuem os mesmos direitos, apesar de terem necessidades distintas. Esse princípio visa diminuir essas desigualdades.
- **Participação da comunidade:** a comunidade deve participar ativamente do planejamento das ações de saúde do Estado, através dos conselhos de saúde. Esse é um direito garantido pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Na década de 90, com o processo de implantação do SUS nos estados e municípios, tornou-se necessária a implantação de novas modalidades de serviços de saúde, tendo-se que pensar em um novo modelo de atenção à saúde, focando-se na atenção primária à saúde e não mais na atenção hospitalocêntrica existente. Esse processo de mudança de cultura e de pensamento sobre a modalidade de atenção e assistência à saúde passou por uma significativa mudança nas últimas décadas, mais precisamente nas políticas voltadas à atenção primária, que passou a ser vista sob outra ótica, algo nunca visto antes da criação do Programa de Agentes Comunitários de

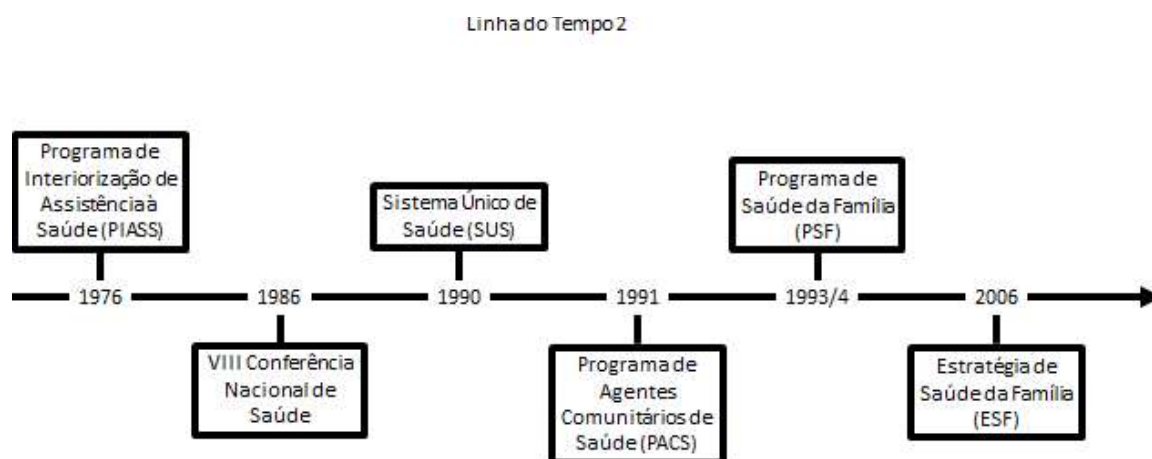
Saúde – PACS, em 1991, e do Programa de Saúde da Família– PSF, em 1994.

Acreditamos que a implantação dos programas mencionados se fez necessária para atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e aos artigos da Constituição Federal, principalmente o artigo 198, quanto à reestruturação dos serviços de saúde, ou seja, suas ações e proposituras.

Quanto ao processo de “idealização” desses dois programas, podemos dizer que o PSF foi um aprimoramento do PACS, já que este se mostrou muito efetivo nas questões de redução da mortalidade infantil, mortalidade materna e outros agravos evitáveis. O PSF foi concebido a partir de uma reunião que se realizou nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília/DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. Nessa reunião, discutiram-se o PACS e os seus resultados, demonstrando que algo poderia ser realizado dentro da lógica de atenção familiar e que se poderia implantar um novo programa que fornecesse suporte ao PACS, para que os agentes comunitários de saúde não realizassem as ações de saúde isoladamente. Concluiu-se que a criação de um novo programa que contasse com diferentes profissionais de saúde, no caso médico e enfermeiro, e que atendesse à família poderia propiciar resultados mais significativos do que o PACS já vinha apresentando (VIANA, 1998).

Nesse momento passa-se a ter um movimento de “olhar à família”, movimento este já existente em alguns países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (ROSA, 2005; VIANA, 1998). Resumidamente, podemos dizer que todo esse processo ocorreu cronologicamente da seguinte forma:

Figura 2: Linha do tempo 2



Cabe destacar alguns marcos na figura acima, como o ano de 1991, quando o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde– PACS, institucionalizando várias experiências de práticas com agentes comunitários de saúde que vinham sendo implantadas em alguns municípios do país. O objetivo principal desse programa era reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste, nas quais esses índices historicamente são maiores. As principais características do PACS são:

- a) integração de serviço – comunidade, através dos agentes comunitários de saúde, que pertencem à comunidade, ou seja, são membros efetivos e vivem a realidade local.
- b) realização de um processo amplo de intervenção em saúde, com enfoque no contexto familiar, suas peculiaridades e individualidades.
- c) abordagem multidisciplinar, ou seja, não somente focada no médico como único profissional de saúde e sim colocando outros integrantes da equipe como participantes e atores ativos deste processo.
- d) noção e abordagem dentro da lógica de territorialização da comunidade.

A partir do PACS, novos pensamentos de reorganização da atenção primária foram se constituindo, o que gerou a reorganização da rede assistencial através de um processo de descentralização e universalização do acesso da população, criando-se um norte para a implantação do Programa Saúde da Família nos diferentes municípios brasileiros. A partir do ano 1993, por meio da Portaria n° 692, iniciou-se o processo de implantação do Programa Saúde da Família – PSF no território nacional. O PSF é apresentado como uma política de reorientação do modelo assistencial vigente naquele momento, com o objetivo de substituir o modelo de assistência tradicional, ou seja, o modelo centrado no atendimento à demanda espontânea, curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, com baixa ou nenhuma resolutividade, em que os profissionais de saúde não estabelecem vínculos com os usuários e nem com a comunidade onde realizam suas ações de saúde.

Assim, as Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios do Programa de Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que residem em área adscrita, territorializada pela equipe de saúde, em que se estabelecem vínculos de ambas as partes, ou seja, profissionais de saúde – usuários/comunidade, com corresponsabilidade. O programa sugere a humanização das práticas de saúde, ou seja, torna as ações de saúde mais próximas dos usuários, buscando a satisfação destes através de um relacionamento mais próximo e intimista entre os profissionais e a comunidade, favorecendo, assim, que cada usuário realmente se sinta cidadão e reconheça seus direitos e deveres e os exerça (VASCONCELLOS, 1997; 1999).

Conforme podemos verificar na figura 2, em 1994 o PSF é lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde como um programa que visa à reorientação do modo de produção em saúde, com suas diretrizes, normativas e prazos (BRASIL, 2002). A proposta é a inversão do modelo assistencial de saúde existente na época, tendo como ponto central as ações da Atenção Primária à Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, definindo responsabilidades entre os serviços e os usuários da comunidade. As ações devem ser planejadas e executadas a partir da percepção do que é saúde, tanto do ponto de vista dos profissionais como dos usuários, considerando os pilares da promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura das doenças (MACHADO, 2000; 2002; SOUZA, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do PSF é propiciar uma nova organização dos processos de trabalho, mudando antigas práticas assistenciais, substituindo o modelo tradicional hospitalocêntrico, voltado para doença. Além disso, a atenção está centrada na família, na comunidade, no contexto físico e ambiental que o indivíduo está inserido, possibilitando à equipe de saúde um melhor entendimento sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 1997).

É importante frisarmos que a nomenclatura de programa, tanto do PACS como do PSF, não condiz com os outros programas do Ministério da Saúde, nem na sua concepção nem na sua estruturação, já que ambos não possuíam prazo de finalização como usualmente ocorre com os programas do Ministério da Saúde. Outro ponto relevante são suas especificidades, que fogem à visão usual dos outros programas ministeriais, pois estes não são intervenções verticais e paralelas às atividades dos serviços de saúde.

Diferentemente dos outros programas, o PSF possibilita a integração e organização das ações do território em que a equipe de saúde atua, realizando o levantamento das diferentes situações, visando solucionar os problemas verificados em parceria com a comunidade.

A partir dessas discussões, tanto por parte dos gestores e profissionais como por parte do controle social, com a expansão das ações do Programa e do número de equipes implantadas, além do seu impacto positivo em diversos indicadores de saúde no decorrer dos anos, o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde não mais como um programa, com início, meio e fim, mas como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, sendo esta substitutiva da rede básica tradicional (BRASIL, 1999; 2002).

Faz-se importante salientarmos que programa é um conjunto de atividades organizadas para serem executadas num período específico, com data de início e término e com orçamento financeiro pré-determinado para a realização das políticas públicas do referido programa. Já estratégia é quando esse programa passa a fazer parte das políticas públicas, como é o caso do PSF que, diante das mudanças nos indicadores de saúde, foi transformado em estratégia de reorientação do modelo assistencial, tornando-se uma política pública de Estado (ALA-HARJA, 2000).

Lembramos que esse processo de construção das ações e serviços de saúde na atenção primária apresentou resultados significativos já no seu início, mostrando a real modificação do processo e a importância das ações que estavam sendo realizadas pelas equipes do PSF. A partir desses resultados, inicia-se uma grande conversa sobre o quesito de o programa permanecer com a estrutura de “programa” ou se deveria ser “transformado” em uma estratégia. Muitos gestores, profissionais de saúde e estudiosos argumentaram nesse momento que o Programa Saúde da Família não deveria ser considerado como um programa pontual no tempo e no espaço, e sim deveria ser considerado como “estratégia”, pois o serviço que estava sendo prestado à comunidade e aos usuários continha a proposta de integralidade e de organização das atividades e ações em saúde em uma área adscrita, que via o usuário, sua família e a comunidade onde estes estavam inseridos com uma lógica nunca antes utilizada (CHIESA, 2001).

O Programa Saúde da Família se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária no Brasil, com a publicação da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu que o PSF passa a ser uma estratégia

prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária. Esta tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Assim, consolida-se a Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família representa, portanto, uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e sua comunidade. Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário.

Dentro dessa perspectiva de novo modelo de atenção, vem sendo implantado um maior número de equipes de Saúde da Família com vistas a aprimorar a Atenção Primária dos municípios, propondo qualificar as ações em saúde prestadas aos usuários do SUS (FIUZA, 2012).

O Ministério da Saúde, nesse momento, define a política de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde por meio da organização da Atenção Primária, sendo a Estratégia de Saúde da Família a principal estratégia de efetivação dessa política. Além disso, significativos recursos são direcionados para a implantação e para a expansão da ESF, através de implantação e implementação dessa política de saúde pública.

Mencionamos, também, que nesse período muitos municípios iniciam o processo de municipalização da saúde e, conseqüentemente, novas formas de financiamento das ações e dos serviços de saúde são implantadas pelo governo federal, com vistas a manter e qualificar os serviços e ações em saúde que passam a ser realizados pelos municípios (BRASIL, 1990; 2002; MENDES, 2002). Observamos que esse caminho de prioridade na política pública e no cenário nacional é um caminho tortuoso e difícil. É necessário que existam a articulação e o apoio de outros setores governamentais para que sejam viáveis a estruturação e a sustentação da ESF em toda sua complexidade e potencial (SOUZA, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família conta com normativas e diretrizes específicas para seu funcionamento e financiamento, sendo orientada sua implantação e implementação através da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, instituída

pela Portaria pela Portaria nº 2.488/GM/MS/2011¹. Nessa política, consta que a equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; dois enfermeiros generalistas ou especialistas em Saúde da Família; três auxiliares ou técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Essa equipe será responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. O Ministério da Saúde recomenda que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Todos esses profissionais devem compreender o seu papel na estrutura de saúde que estão integrando, tanto local como regional, pois suas ações refletirão diretamente nos indicadores de saúde deste território. Vamos esclarecer, resumidamente, qual é o papel de cada profissional nessa equipe de saúde:

O médico: cabe atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, realizando atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada; consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário. Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.

O enfermeiro: cabe atender a saúde dos indivíduos e das famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações

¹ Na época da realização do Curso Introdutório a Portaria nº 2.488/2011 – PNAB estava vigente, sendo revogada pela Portaria nº 2.436/17, que versa sobre a nova PNAB, mas não relata sobre o Curso Introdutório, trazendo os processos de formação de forma global, através da educação permanente e continuada em saúde.

e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde.

O técnico e auxiliar de enfermagem: cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente.

O agente comunitário de saúde (ACS): cabe a ele cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados e orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

A equipe de Saúde da Família pode ser ampliada com equipe de saúde bucal que é composta pelos seguintes profissionais:

O cirurgião-dentista: deve desenvolver, com os demais membros da equipe, atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar. A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os

procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos.

O técnico em saúde bucal (TSB): cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicos, a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos. É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

O auxiliar em saúde bucal (ASB): realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, processa filme radiográfico, seleciona moldeiras, prepara modelos em gesso, além das demais atividades atribuídas ao TSB (BRASIL, 2012).

Todos esses profissionais realizam ações de saúde dentro das prerrogativas da reorganização da atenção à saúde e do que consta na Política Nacional da Atenção Básica, além de portarias específicas sobre as ações a serem desenvolvidas. No entanto, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde sem que, de forma concomitante, invista-se em uma nova política de formação e num processo permanente de formação desses profissionais.

O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de prevenção, de recuperação e de reabilitação. Esse profissional precisa ser formado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. Para que

isso aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimulando sua participação.

Verificamos, nesse contexto, que um dos maiores problemas a serem enfrentados para a implantação, implementação e continuidade da ESF é a formação dos recursos humanos, pois infelizmente as faculdades não formam um quantitativo suficiente de profissionais, com competência e habilidades para atuarem na Atenção Primária (BRASIL, 2012). Ceccim (2004, p. 47) ressalta que:

[...] o ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde, devendo estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança.

Diante desse cenário de mudanças e inovações, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os Polos de Educação Permanente e dessa forma passa a entender o quão importante é a relação educação e saúde e vice-versa, compreendendo o quão vivo é o sistema de saúde e que, para que se mantenha efetivo e resolutivo, faz-se necessária a integração com outros cenários e atores. Sendo assim, esse tema será explorado na próxima seção.

2.3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma concepção de formação laboral que tem como eixo norteador o desenvolvimento e o aprimoramento dos profissionais, a partir da aproximação entre educação e vida cotidiana, reconhecendo o valor pedagógico das situações de trabalho (BRASIL, 2009; CAMPOS, 2016). Vem sendo considerada pelas importantes organizações de saúde como uma metodologia educacional estratégica, pois envolve ensino-serviço, ou seja, agrega aos serviços de saúde o processo de ensino-aprendizagem buscando reestruturar os sistemas e os serviços de saúde.

Os serviços de saúde devem ser compreendidos como locais nos quais se possibilitam ações tanto de ordem prática/técnica profissional como de ordem educacional, já que são nesses espaços que se vivenciam as ações e se realizam os processos de trabalho. Portanto, é nesses espaços que o profissional de saúde vivencia as situações que muitas vezes são citadas no seu processo de formação,

permitindo que ele inicie um processo de reflexão sobre suas ações, seu processo de trabalho e de sua equipe (OPAS, 1997).

A EPS, a partir da portaria GM/MS nº 1996 (Brasil, 2007), passa a ser compreendida como uma prática educativa, aportada nas vivências e conhecimentos dos trabalhadores de saúde que atuam nos serviços, trabalhando as questões da territorialização dentro da realidade local em que aqueles profissionais estão inseridos, pensando em proposições que possam transformar a situação na prática, no cotidiano, através de uma aprendizagem significativa. Assim, podemos entender que a educação permanente em saúde é um processo de transformação na formação dos profissionais da área, pensando-se num processo de ensino-aprendizagem alicerçado em resolução de problemas cotidianos e na construção de conhecimentos a partir de vivências.

Entendemos, então, que a educação permanente não deve ser vista apenas como um processo de educação complementar ou substitutiva dos conhecimentos não construídos na graduação e pós-graduação/residência. Ela deve ser compreendida como um processo de articulação do conhecimento construído ao conhecimento vivenciado pelas práticas e experiências diárias de cada profissional, fazendo a inter-relação entre teoria e prática.

Sob essa lógica, acreditamos que os serviços de saúde e as organizações de saúde devam implantar e implementar suas ações de educação permanente em saúde, possibilitando aos profissionais formação permanente, troca de vivências e experiências, num processo constante de ensino-aprendizagem articulado com instituições sérias, habilitadas e capacitadas para formação de profissionais de saúde (FARAH, 2006). Ademais, é importante refletirmos sobre o que Ceccim e Haddad (2004, p. 49) afirmam:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais reais em ação na rede de serviços [...]. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Essa maneira de pensar a educação em saúde, quando incorporada pelo profissional e pela equipe da qual faz parte, acaba por refletir diretamente nas práticas de todos, principalmente nos que atuam nas Unidades de Saúde da Família, já que é

através da conscientização das peculiaridades e das potencialidades dos saberes de cada um que se constroem novos processos de trabalho. Possibilita-se, dessa forma, significativo crescimento tanto para o profissional como para os que estão ao seu redor, criando ações que modificam a saúde da população do território em que estão inseridos. Acreditamos que esse processo de educação ensino-serviço, com situações reais e problematização, seja o mais adequado para os profissionais de saúde que atuam em Atenção Primária, pois possibilita a reflexão destes sobre o que vem sendo estudado, trabalhando o aprender durante o fazer.

A educação permanente instiga o profissional de saúde a pensar o seu fazer diário, a refletir sobre sua forma de interagir com a equipe, a comunidade e o próprio mundo, e como seu trabalho atinge as pessoas. Além disso, a educação permanente faz com que cada profissional saia de sua zona de conforto e busque novas construções de conhecimentos, habilidades e atitudes, para realizar novas ações com vistas a contribuir verdadeiramente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, que envolvem a integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Ressaltamos ainda que a educação permanente em saúde traz para o sistema de saúde conceitos antes não utilizados, como o de localregião, ou seja, faz com que o profissional de saúde comece a pensar e mesmo a enxergar o local onde está atuando, entendendo as necessidades e peculiaridades da comunidade, observando e planejando diante das demandas locais e regionais. Ademais, esse processo de educação começa a contar com a participação efetiva da comunidade nos processos de decisão e no planejamento das ações de saúde para a comunidade dentro de uma lógica de descentralização de gestão (SARRETA, 2009).

Pensando dentro dessa temática e frente à necessidade iminente de modificações nos processos de ensino no país, o Ministério da Saúde, em 2003, implanta a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o objetivo principal de realizar um processo de mudança significativo tanto nos cursos técnicos como nos cursos de graduação e de pós-graduação. A partir da criação dessa secretaria, no ano 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; 2005).

Após três anos do início desse processo de mudanças educacionais na saúde, é publicada a Portaria GM/MS n.º 1.996/2007, que redefiniu as diretrizes e estratégias

para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde do ano de 2006. Nessa portaria, observa-se que a principal alteração está na composição das organizações, através da criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES), parceiras dos Colegiados de Gestão Regional. Esses dois colegiados passam a assumir a responsabilidade pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

A política de educação permanente em saúde é um importante instrumento para a consolidação do SUS e das transformações das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2005).

Um importante instrumento de educação permanente implantado no país foram os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente. Os Polos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. São espaços em que atores de diversas origens se encontram e pensam juntos as questões da Educação Permanente em Saúde, como em uma mesa de negociação. Inicialmente, os polos são definidos como a articulação entre as instituições de ensino superior, responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, e os serviços de saúde. Os polos, por fim, têm como objetivos criar condições para o aperfeiçoamento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, bem como apoiar mudanças na graduação.

Mais especificamente os Polos de Saúde da Família, a partir de 2003, passam a ter a natureza de sua função alterada, ou seja, passam a ser núcleos de articulação entre instituições de ensino superior, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, gestores municipais e estaduais do SUS e representantes do controle social de todas esferas. Mesmo com toda a articulação política em nível federal, ainda se observa nessa época uma distribuição desigual dos profissionais de saúde nas regiões do país e o pouco envolvimento dos gestores na solução e mesmo no planejamento das ações visando à formação dos profissionais de saúde para a Atenção Primária e para a atuação na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2003).

Os poucos Polos de Educação em Saúde que estavam constituídos e em atividade não conseguiam atender à demanda de formações solicitadas pelos gestores, diante da implantação das equipes e do ritmo acelerado da expansão da

ESF. Outro ponto que devemos considerar é a inadequação dos conteúdos às realidades das regiões, possibilitando um significativo distanciamento entre o que se via na teoria e o que se vivenciava na prática diária, sendo o processo educacional muitas vezes improdutivo.

Enfatizamos ainda que, para que os Polos de Educação pudessem realizar suas atividades e programações educacionais, era necessário o repasse financeiro regular do Ministério da Saúde, que muitas vezes não ocorria, prejudicando todo o planejamento das ações educacionais previstas, criando certo constrangimento entre os membros do Polo, as instituições de ensino e os profissionais de saúde, pois não se concretizavam as propostas (BRASIL, 2003).

Com todas essas situações e a forte mobilização tanto dos profissionais, gestores e estudantes como das instituições de ensino, o Ministério da Saúde criou a Proposta Nacional de Descentralização. Seu objetivo principal era a descentralização das ações dos Polos, através da implantação dos Polos Regionais, passando a se pensar com mais profundidade na questão da educação permanente como uma estratégia a ser implementada, ou seja, a formação dos profissionais deve estar diretamente relacionada às práticas de saúde. Essa descentralização vem sendo constantemente discutida e sendo fortalecida através da união dos diferentes atores que participam desses processos de educação e, principalmente, do engajamento dos profissionais, dos serviços e das instituições de ensino, que vêm demonstrando ser importantes parceiras ao apresentarem diferentes soluções tecnológicas para que se construam sistemas de educação permanente em saúde com baixo custo e com alta efetividade.

Exemplo dessa parceria são os cursos na modalidade a distância, que facilitam o acesso aos processos educacionais a qualquer profissional de saúde onde quer que ele esteja, além de propiciarem a interação entre realidades diferentes e que não se “conversam”. Assim é o caso dos cursos que envolvem profissionais de diferentes regiões do país, através dos quais se constroem elos de interação espetaculares, propiciando o conhecimento e a troca de vivências e experiências de forma nunca antes idealizada ou mesmo possível.

Assim, entendemos que a educação permanente em saúde tem uma nova aliada na sua caminhada em busca de um sistema de saúde mais equânime e resolutivo, a educação a distância, que deve ser mais bem explorada possibilitando maior acessibilidade ao conhecimento por parte de todos profissionais de saúde e

mesmo da comunidade que usufrui dos serviços, já que educação em saúde não é somente para os profissionais e sim para todos aqueles que utilizam e fazem parte desse universo.

A educação a distância, na medida em que funciona na lógica da facilitação e mediação, se ajusta à proposta da educação permanente em saúde, por requerer o protagonismo do educando, deslocando o foco do educador, que passa de detentor do conhecimento a mediador da aprendizagem. Os processos de educação permanente em saúde devem superar o modelo educacional tradicional e avançar no sentido da facilitação dos processos de aprendizagem, em que a responsabilidade é compartilhada com os sujeitos da ação educativa (PALHARES, 2010).

2.4. EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Entraremos, agora, no contexto da educação a distância. A seguir, trataremos de compreender como esse importante e potente instrumento educacional e tecnológico pode ser útil para os processos de educação permanente e de construção e consolidação das políticas públicas de saúde.

A Educação a Distância (EaD) iniciou como processo de ensino- aprendizagem em meados do século XX, começando com cursos por correspondência, depois cursos via televisão e/ou rádio, e os atuais, que utilizam as diversas tecnologias digitais (mídia visual, internet, e-mail, Skype, DVD, videoaula, web conferência, fórum, etc.). As duas primeiras não possibilitavam muitas trocas entre o educando e o educador e quando possibilitavam eram demoradas e complicadas. Já as novas tecnologias possibilitam a interação *quase instantânea*, o que torna o processo ensino-aprendizagem mais dinâmico e interessante (MEHRY, 2005).

Nessa modalidade de ensino-aprendizagem, o educando administra seu tempo de estudo, gerenciando seu processo de aprendizagem de acordo com suas atividades e seu dia a dia. Para Niskier (1999), o grande desafio para essa modalidade de estudo vai desde a plataforma e o ambiente virtual escolhido até os objetos de aprendizagem, passando pelos conteúdos elaborados e pelos profissionais envolvidos no processo de produção do curso a ser ofertado, que pode ou não ter qualidade. Barreto (2003) considera que o grande desafio da EaD seja, em última instância, o mesmo desafio da educação como um todo, ou seja, qualidade dos profissionais que

planejam e executam o processo de ensino, pois essa modalidade, como a educação tradicional, também possui limitações e especificidades que devem ser muito bem trabalhadas com vistas a qualificar o processo de ensino- aprendizagem.

No que se refere ao aporte legal, o marco inicial da normalização da educação a distância foi o extinto Decreto n.º 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, que regulamenta o Art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dispõe em seu art. 1º que a Educação a Distância é uma modalidade de ensino que proporciona a autoaprendizagem, através da utilização de recursos didáticos disponibilizados em diferentes meios de comunicação.

Moran (2002; 2009), ao avaliar a EaD no Brasil, aponta a importância da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Lei nº. 9.394/1996 (BRASIL, 1998) –, a qual proporciona a abertura para que tal modalidade conquiste credibilidade. Além disso, essa legislação passa a reconhecer a Educação a Distância e também aumenta a disponibilidade de cursos em diversos níveis. Com todo esse processo de aprimoramento da Educação a Distância, verifica-se um aumento significativo de oferta de cursos nessa modalidade. Além disso, com o aprimoramento de novas tecnologias e dos meios de comunicação, a EaD torna-se muito “atraente”, por se apresentar como uma possibilidade cada vez mais desejada de ensino pela sua flexibilidade, pelas suas técnicas diferenciadas e pela sua forma de aprendizagem.

Contudo, necessitamos atentar para qual caminho está se direcionando a Educação a Distância, pois segundo Behar (2013), é necessário ir além da educação que tem como único intuito adquirir conhecimento científico: neste momento urge pensarmos na educação como um processo de desenvolvimento de competências. Nesse sentido Behar reforça que:

[...] abstrair apenas o conhecimento científico não é mais suficiente, pois espera-se que o indivíduo possa se preparar para enfrentar situações- problema com as quais se depara no dia-a-dia (2013, p. 80).

A partir desse pensamento de competências, frisamos que se está trabalhando no entendimento de competência segundo Perrenoud et al., que entendem competência como:

[...] a capacidade de compreender uma determinada situação e reagir adequadamente frente a ela, ou seja, estabelecendo uma avaliação dessa situação de forma proporcionalmente justa para com a necessidade que ela sugerir a fim de atuar da melhor maneira possível (2002, p. 164).

Pressupomos, ainda, que competência, segundo Perrenoud et al., engloba três elementos: conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA). Nessa visão, conhecimento é o elemento que corresponde ao saber do sujeito em relação a uma determinada competência. Já habilidade, de acordo com Behar (2013), é uma ação automatizada, um procedimento já construído, algo da ordem do operacional, não exigindo se deter a uma reflexão mais aprofundada. Refere-se ao colocar em prática, em saber fazer.

Quanto a atitudes, Rodrigues (1994) as define como um conjunto de crenças, sentimentos e tendências comportamentais dos sujeitos frente a um determinado objeto social, ou seja, está relacionada às intenções, ao desejo e às vontades do indivíduo. Quando refletimos sobre estes três elementos, devemos conjecturar para o que Behar traz para elucidarmos e analisarmos nossos pensamentos sobre processo educativo EaD:

Quadro 1: Levantamento do CHA à luz das questões do planejamento pedagógico.

Questões do planejamento	Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
“A quem ensinar?”	Levantamento do perfil dos educandos, suas histórias de vida e características da turma.	Desenvolver atividades para obter informações sobre perfil dos educandos, para a definição das características da turma.	Atitude reflexiva e crítica; Iniciativa;
“Por que ensinar?”	Formulação de objetivos e metas.	Aplicar a metodologia visando o alcance dos objetivos e metas.	Compreensão dos fins pedagógicos;
“O que ensinar?”	Domínio da teoria e metodologia para orientar ações educativas (planejamento/ execução /desenvolvimento).	Conhecer e aplicar, em ação, as teorias que fundamentam as didáticas gerais e específicas.	Determinar sua aplicação com qualidade; Intencionalidade pedagógica;
“Como ensinar?”	Planejamento e operacionalização das estratégias de ensino e aprendizagem conforme contextos.	Identificar e gerenciar apoios para atender as necessidades educativas específicas em diferentes contextos; Selecionar, elaborar e utilizar materiais didáticos pertinentes.	Compromisso; Autoavaliação;
	Avaliação enquanto processo.	Realizar uma avaliação contínua; Estabelecer os critérios avaliativos; Analisar o desempenho docente e dos educandos.	Negociação.

Fonte: BEHAR, 2013, p.91.

Cabe-nos considerar as novas legislações vigentes sobre educação a distância após a realização do Curso Introdutório, como a Portaria n.º 11/2017, o Decreto n.º 9.057/2017 e a Portaria n.º 1.134/2016 que revogou a Portaria n.º 4.059/2004. A Portaria n.º 4.059/2004 possui elementos que definem o que é a educação a distância, dentro dos conceitos e critérios que trabalhamos nesta pesquisa, sendo importante sua menção. As legislações versam sobre os processos de credenciamento, avaliação, formação e estruturação, ou seja, sobre as formações na modalidade EaD e como estas possibilitam diversas estruturações, não tendo que ser obrigatoriamente formações totalmente a distância, podendo ocorrer formações na modalidade semipresencial, como foi o caso do Curso Introdutório de Saúde da Família analisado neste estudo. Destacamos, por conseguinte, que todo programa educacional desenvolvido na atualidade para área da saúde deve estar adequado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, instituída a partir de 2006, explanada anteriormente. Dessa forma, realizar EPS na modalidade a distância só se faz possível com o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação – TICs.

TICs são um conjunto de tecnologias que permitem o acesso a informações e a dados através do uso de telecomunicação, através de diversos softwares disponíveis para gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde, armazenagem e análise dos dados, a internet, a telemedicina, prontuário eletrônico, que, dentre outras funções e possibilidades, facilitam os processos e as ações entre diversas áreas que compõem a rede de saúde. É o grande desafio para gestores e educadores, devido aos múltiplos contextos regionais de um país continental como o Brasil. As TICs potencializam os trabalhos, tornando mais eficiente e resolutivo o atendimento prestado ao cidadão, gerando dados e informações mais fidedignos e possibilitando uso mais eficiente, eficaz e adequado dos recursos financeiros.

Para utilizá-las adequadamente, torna-se imprescindível compreender essa diversidade de contextos, mensurando-se ainda as reais demandas dos profissionais de saúde. Assim, possibilitam-se conexões entre o conhecimento acadêmico e o conhecimento adquirido no dia a dia do profissional de saúde (BRASIL, 2009, OLIVEIRA, 2007).

A EaD se caracteriza por contemplar atividades didáticas, módulos ou unidades de ensino-aprendizagem centrados na autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos organizados em diferentes suportes de informação que utilizam

tecnologias de comunicação remota. Em alguns cursos se agregam componentes de educação permanente em saúde e componentes de educação a distância, ou seja, são cursos designados como semipresenciais, pois possuem momentos presenciais e a distância no mesmo processo educacional.

Essas propostas privilegiam o uso de metodologias ativas que, segundo Berbel (2011), são metodologias fundamentadas em novas formas de se aprender, em que as vivências e as situações do cotidiano estão presentes nos processos de ensino-aprendizagem, através da incorporação de situações reais ou simuladas, fazendo com que o educando construa seu conhecimento mediante suas vivências e conhecimentos prévios. Dentre as várias formas de metodologia ativa que podem ser utilizadas, temos a metodologia de problematização, que é uma metodologia que aproxima o educando dos processos de aprendizagem, fazendo com que ele se sinta parte do contexto e possa trazer suas vivências e experiências para o grupo, criando, dessa maneira, um maior envolvimento com o processo, além de valorizar as diferentes experiências e vivências dos profissionais. Aprender por meio da metodologia ativa de problematização envolve o educando no seu processo de formação, motivando-o a buscar novos conhecimentos e possibilidades.

Essa forma de educação em saúde, principalmente no que diz respeito à formação na atenção primária, ainda é muito incipiente. Acreditamos que isso possa se dar em virtude de que essa modalidade educacional seja muito recente e possua pouca divulgação nessa área da saúde. No entanto, de acordo com David (2010), a educação a distância aliada à educação permanente em saúde é uma importante ferramenta para o planejamento e para as práticas de saúde, uma vez que favorece o aprendizado permanente, além de propiciar que qualquer profissional de saúde, independentemente do local onde esteja inserido, tenha acesso ao conhecimento em pauta, lembrando da necessidade de recursos tecnológicos mínimos para que esse processo educacional se efetive (DAVID, 2010).

Dentro dessa perspectiva, foi idealizado o primeiro Curso Introdutório de Saúde da Família na modalidade semipresencial no Rio Grande do Sul. A proposta foi criar um curso de formação com currículo que atendesse às normativas ministeriais, mas que fosse além, contemplando as demandas trazidas pelos profissionais de saúde nos contextos em que os conteudistas do curso estão inseridos, ou seja, nas secretarias municipais de saúde e na secretaria estadual de saúde do Rio Grande do Sul. Além disso, o Curso Introdutório de Saúde da Família propõe uma carga horária com

período na modalidade a distância e carga horária de atividades presenciais. As atividades de avaliação de caráter reflexivo e de caráter somativo são propostas nos momentos a distância e as atividades avaliativas reflexivas são propostas no coletivo do trabalho realizado nos momentos presenciais.

2.5. CURSO INTRODUTÓRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Curso Introdutório de Saúde da Família, instituído pela Portaria GM/MS 2.527/2006, é direcionado a todos os profissionais de saúde que atuam nas equipes de Saúde da Família. O curso vem sendo executado de diferentes formas pelo Brasil, uma vez que não existe uma regulamentação de qual abordagem pedagógica seja mais adequada para a realização desse Curso.

No Caderno de Atenção Básica – Treinamento Introdutório, o Ministério da Saúde fala sobre a Estratégia de Saúde da Família e as condições para construção desse novo modelo:

A estratégia Saúde da Família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário (BRASIL, 2000, p. 09).

Todavia, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação, dentro de um processo permanente (BRASIL, 2000). No intuito de estabelecer diretrizes nacionais e pedagógicas para auxiliar na formação das equipes de Saúde da Família e em atenção à Portaria MS/GM 648/2006, que aprova o Plano Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde definiu, por meio da Portaria MS/GM 2.527/2006, os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para os profissionais da Saúde da Família, agrupados em quatro temas centrais (BRASIL, 2006):

- 1. A atenção básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação:** propõe a abordagem de assuntos como a história das políticas públicas de saúde, princípios, diretrizes e marcos legais do SUS.

2. **A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial:** recomendam discussões da situação atual de saúde, caracterização dos serviços componentes do sistema e rede de apoio, recursos disponíveis, análise da situação de saúde, ações programáticas, sistema de informação e vigilância em saúde.
3. **O processo de trabalho das equipes:** propõe a análise do território de atuação das equipes, aborda a assistência nos ciclos de vida, atribuições dos membros das equipes, além de ações como cadastramento de usuários e visitas domiciliares.
4. **Atuação interdisciplinar e participação popular:** propõe a discussão sobre ações intersetoriais, participação popular e controle social, promoção à saúde, ações intersetoriais e transversais, gestão por resultados dos serviços, equipes e profissionais.

Além dos conteúdos mínimos, a Portaria GM/MS 2.527/2006 define que o Curso Introdutório deve ter a duração de ao menos 40 horas, bem como enfatiza a determinação da Portaria GM/MS 648/2006² de que o profissional participe do Curso Introdutório em até três meses após a implantação da equipe (BRASIL, 2006). Esta é uma das normativas ministeriais pouco realizadas, diante da imensidão territorial do Brasil e de suas peculiaridades, tornando não factível a realização do curso pelos profissionais de saúde que iniciam suas atividades em equipes de saúde da família, sendo o curso na modalidade a distância uma possibilidade real e factível.

Dentre as conjecturas atribuídas pelo Ministério da Saúde para o curso introdutório, destacamos a flexibilidade em buscar uma adequação entre recursos disponíveis e a necessidade das equipes, a sensibilização dos profissionais para desenvolver um trabalho em parceria com a comunidade e a possibilidade de que esses profissionais apreendam e compreendam os indicadores de saúde que são gerados a partir das suas ações.

² A Portaria GM/MS 648/2006 quando da realização do Curso Introdutório, permaneceu sendo utilizada, mesmo com a revogação que constava na Portaria GM/MS 2.488/2011, já que o Art. 3º desta dizia: “permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na Portaria nº 648/GM/MS, desde que não conflitem com as disposições contidas nesta portaria”.

Sabemos da importância da realização desse curso logo no advento da entrada de um profissional de saúde na equipe de saúde da família, visto que somos cientes de que muitos não possuem conhecimento prévio sobre as políticas públicas de saúde e sobre qual é o seu papel nesse contexto. Corroboramos com esta afirmação Iwamoto (2000), quando diz que o curso permite a instrumentalização das equipes para a organização inicial do seu processo de trabalho, a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O autor ressalta, ainda, que o trabalho na estratégia de saúde da família pressupõe o envolvimento de uma equipe multiprofissional e da comunidade, bem como articulação intersetorial, que possibilite intervenções em saúde, visando também melhorias no meio ambiente natural e social.

No que diz respeito à avaliação do Curso Introdutório, consta nessa Portaria que o método de avaliação está sob a responsabilidade do empregador e não há monitoramento das avaliações pelo Ministério da Saúde. Desse modo, não há dados no site do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde ou em outros meios oficiais sobre os impactos da efetivação do Curso na Atenção Primária, como se pode verificar em pesquisa realizada com enfoque na revisão da literatura sobre avaliação dos Cursos Introdutórios realizados³.

2.6. AVALIAÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Dize-me como avalias e
eu te direi qual projeto
pedagógico que praticas.
(SORDI, 2000, p. 56)*

Assim como todas as formas de educação, na educação em saúde também precisamos pensar nas diferentes concepções de avaliação dos processos educacionais que estamos implantando e executando, principalmente para verificarmos se estão sendo efetivos e se estão atendendo ao que nos propusemos.

³Os estudos analisados demonstram que uma nova trajetória na educação em saúde está sendo desenvolvida por meio da modalidade EAD. Enfatizam que somente com muita dedicação, comprometimento e espírito coletivo pode-se construir esse novo caminho, já que se necessita de uma nova forma de pensar os processos de ensino-aprendizagem. Destacam, também, que a Educação Permanente em Saúde, para os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, deve associar a teoria e a prática, valorizando os acontecimentos do cotidiano de trabalho como causa inicial da interação social, em que os valores e conceitos das dimensões históricas e culturais se materializam.

O termo avaliação vem do latim *valere*, que se refere a valorar, atribuir certo valor ou mérito a um objeto. Nesse sentido, realizar avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de um processo de intervenção, ou uma de suas partes, com vistas a tomadas de decisões (ESCOBAR, 2002).

A avaliação é um construto importante para a implantação e implementação de novas ações e políticas públicas de saúde, propiciando um planejamento com foco na universalidade e equidade das ações e dos serviços de saúde prestados aos usuários. Para que isso se concretize, é essencial a participação dos usuários e da comunidade como um todo nos processos avaliativos, tornando cada vez mais as ações de avaliação comuns e rotineiras nos processos e nas tomadas de decisão entre os colegiados gestores (BRASIL, 2004). De acordo com Neder (1996, p. 69) a avaliação:

[...] não pode ser vista, pois, isolada de uma proposta educacional, de um projeto de educação que traga no seu bojo um processo de transformação, uma proposta de ação que busque modificações de uma determinada situação.

Porém, que tipos de avaliação são comumente realizadas nos processos educacionais? Ao pensar sobre o termo avaliação em relação à sua aplicabilidade, tanto no aspecto histórico-social quanto em relação às diversas áreas de conhecimento e diversos níveis de ensino, vamos facilmente constatar que coexistem diferentes perspectivas de avaliação na área da educação, que podem ser sumarizadas da seguinte maneira:

a) avaliação por mensuração: essa concepção de avaliação pode ser considerada a mais antiga das práticas de avaliação e é a mais comumente utilizada nos processos educacionais tradicionais. Soeiro e Aveline (1982) relatam que testes de mensuração foram utilizados para classificar milhares de homens que seriam convocados para atuarem na Primeira Guerra Mundial.

No século XX, nos Estados Unidos, os estudos de Robert Thorndike sobre testes educacionais colaboraram e auxiliaram na elaboração dos testes padronizados que tinham como foco medir as habilidades e aptidões dos educandos (SOEIRO; AVELINE, 1982). Durante esse processo de construção de formas de avaliação por mensuração, também ocorriam mudanças em algumas áreas da saúde, como na psicologia, que passa a adaptar e utilizar

alguns testes para análises psicológicas.

O teste é um mecanismo importante de validação, tanto para inclusão como para exclusão, sendo, na maioria das vezes, utilizado para comparação entre pares, classificando uns e desclassificando outros, por exemplo. Diante de alguns rigores que essa concepção de avaliação propõe, sua aceitação no mundo científico é significativa, sendo este método de avaliação muito valorizado e respeitado no meio.

Segundo Bartalo (2006), podemos dizer que toda ciência possibilita mensuração, e quanto mais cedo os cientistas se preocuparem com a mensuração da ciência estudada, mais evoluída e conceituada esta será, já que possibilitará análises cada vez melhores sobre o que vem se propondo. Diante dessa concepção, os profissionais da área da saúde e da educação buscam fazer mensurações com bastante rigor, já que muitas de suas pesquisas e estudos possuem características subjetivas, difíceis de serem mensuradas, o que exige uma maior complexidade nos métodos de mensuração, buscando-se evitar vieses e posterior questionamentos sobre a validade e a fidedignidade das informações e dos dados produzidos.

A mensuração de comportamentos por meio de testes propiciou a expansão de uma cultura dos testes e medidas na educação e, por essa razão, nas primeiras décadas do século passado, avaliar se confundia com medir. A ideia, então, era de avaliar, não só para medir mudanças comportamentais, mas também para avaliar a aprendizagem, quantificando resultados. Em resumo, a avaliação por mensuração não distingue avaliação e medida, quem avalia utiliza testes e/ou instrumentos para verificar o rendimento da aprendizagem.

O papel do avaliador nesta concepção de avaliação é somente técnico e, nesse sentido, testes e exames são indispensáveis na classificação dos educandos para se determinar sua progressão educacional (LUCKESI, 2011; SOBRINHO, 2003). Essa proposta de avaliação por mensuração também é muito utilizada no contexto educacional tecnicista e tradicional, em que a avaliação consiste em determinar em que medida os objetivos educacionais estão sendo atingidos e como visam produzir mudanças de comportamento.

Hoffmann (2005), em trabalho sobre a temática junto a educadores, constatou a imprecisão das terminologias “testar” e “medir” e equívocos pertinentes à definição de avaliação como sinônimo dessas concepções.

Ambos os termos são definidos de forma vaga e, quando questionados, as respostas dos educadores não revelaram consenso. Dentre os equívocos referidos estão: a) a expressão medida, em educação, adquiriu uma conotação ampla e difusa; b) estabelecem-se notas e conceitos através de métodos impressionistas ou por comparação, incorrendo em arbitrariedades; c) a medida assume muitas vezes papel absoluto nas decisões de eliminação e d) o teste é entendido como instrumento de constatação e mensuração e não de investigação. Dessa forma, conclui a autora, a ação avaliativa de acompanhamento e reflexão necessita de consistência metodológica. A elaboração de testes válidos, significativos, para a investigação do professor é uma tarefa complexa, que exige domínio da tecnologia de testes e da área de conhecimento em questão. Não se pode discutir avaliação sem tratar seriamente desses procedimentos, esclarecendo-se imprecisões da terminologia empregada.

b) avaliação diagnóstica: é o processo de identificação do nível inicial de conhecimento dos educandos sobre um determinado tema, bem como a verificação das características e particularidades individuais e grupais dos educandos, ou seja, é aquela realizada no início do curso ou unidade de ensino a fim de constatar se o educando possui os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para as novas aprendizagens. É utilizada também para estimar possíveis problemas de aprendizagens e suas causas (HAYDT, 2002).

Na avaliação diagnóstica observamos que existe um processo de avaliação que não visa selecionar e sim “diagnosticar” o conhecimento desse educando para se pensar em qual perspectiva pedagógica se irá trabalhar. Assim, podemos dizer que a avaliação diagnóstica se integra a algumas concepções da avaliação formativa, isto é, faz-se necessário um diagnóstico prévio do conhecimento do educando para se elaborar e planejar a estrutura do que será trabalhado.

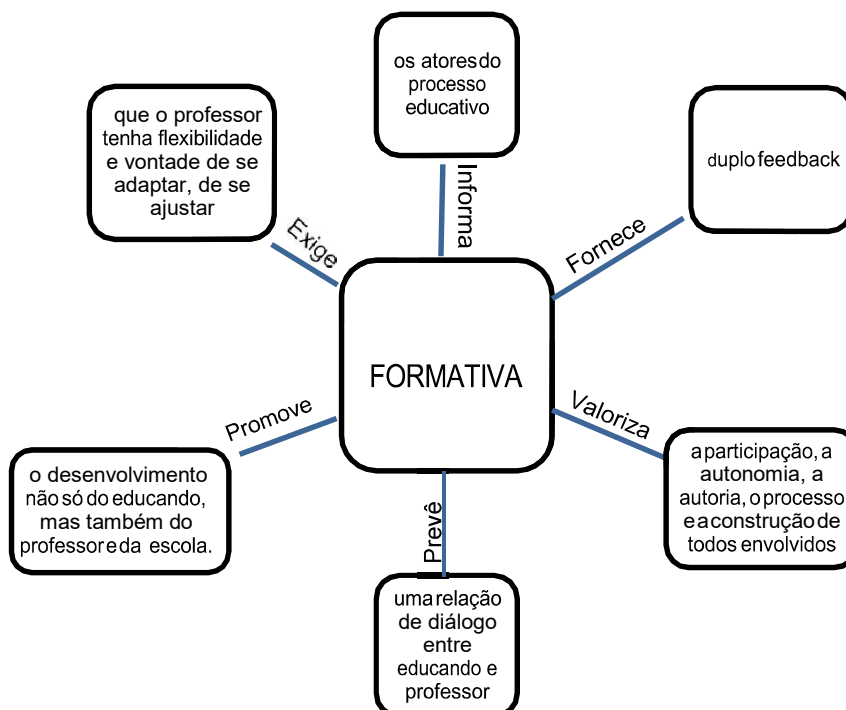
Segundo Libanêo (1994), essa concepção de avaliação possibilita identificar avanços, evoluções, atrasos e dificuldades dos educandos. Ressalta ainda a importância do educador no processo de ensino-aprendizagem, já que esse pode realizar mudanças e modificações importantes no processo de ensino visando alcançar os parâmetros e metas planejados e idealizados.

Para Rabelo (2009), a avaliação diagnóstica propicia um diagnóstico do educando sobre seu conhecimento em relação ao tema a ser estudado, identificando-se quais das melhores alternativas e metodologias de ensino se adaptam a suas características e seus conhecimentos prévios. Com isso, o educador visa fazer um levantamento das aptidões iniciais, necessidades e interesses de cada educando, conhecendo assim suas peculiaridades, habilidades e fragilidades, criando e trabalhando estratégias para solucionar tais situações. Perrenoud et al. (2002) reforçam que a avaliação diagnóstica exerce um papel essencial nos processos de ensino-aprendizagem, tanto para se conhecer o nível e o contexto dos educandos quanto para intervir de maneira mais ativa, eficaz e resolutiva no seu desenvolvimento.

c) avaliação formativa: o termo “avaliação formativa” foi criado por Scriven (1967) para se referir à avaliação de meios de ensino. É aplicada no decorrer do processo de ensino-aprendizagem servindo como uma forma de controle que visa informar sobre o rendimento do educando, sobre as deficiências na organização do ensino e sobre os possíveis alinhamentos necessários no planejamento para atingir os objetivos. Segundo Perrenoud et al. (2002), a avaliação é entendida como formativa quando auxilia o educando no seu desenvolvimento, propiciando que ele participe dos seus processos de aprendizagens.

A avaliação formativa pode ser entendida como uma prática de avaliação contínua, em que se busca melhorar as aprendizagens em curso, contribuindo para o acompanhamento e a orientação dos educandos durante o processo de formação (PERRENOUD ET AL., 2002). Essa concepção de avaliação tem sido muito estudada por pesquisadores da área da educação. Dentre tantas definições e características da avaliação formativa encontradas na literatura, em um estudo relacionado ao ensino a distância, Faganello et al (2016) realizaram uma revisão sistemática baseada em diferentes estudos que abordam avaliação formativa e que oferecem uma visão da diversidade de concepções sobre essa temática, sumarizada no mapa conceitual a seguir:

Figura 3: Mapa conceitual



Na avaliação formativa também é necessário entender de que lugar age o educador, ou seja, qual é a sua concepção acerca dos processos avaliativos, sua formação, como interpreta os resultados, entre outros aspectos (MENDEZ, 2002).

Haydt (2002) explica que a avaliação formativa auxilia no processo de aprendizagem tanto do educando como do educador. Para o educador, contribui para a qualificação do trabalho exercido, fornecendo informações que subsidiam sua forma de trabalho às necessidades dos educandos. Além disso, essa avaliação auxilia o educando pois lhe oferta dados sobre sua aprendizagem e seu progresso nesse processo, permitindo que o educando visualize suas potencialidades e dificuldades, mostrando como superar os obstáculos no seu processo de aprendizagem.

Martins (2010) complementa que, após a avaliação formativa, o educando passa a entender a necessidade de aprimorar seus estudos nos conteúdos que precisa estudar mais e acaba por criar o hábito de estudar e de buscar o conhecimento. Já o educador pode se utilizar dos resultados dessa

avaliação para planejar e, caso necessário, modificar suas propostas pedagógicas favorecendo o processo de ensino-aprendizagem.

A partir desse direcionamento, Hadji (2001) explana que a avaliação formativa é diferenciada, no sentido de não seguir normativas de um modelo científico pré-estabelecido, sendo capaz de direcionar e subsidiar os educadores nos seus processos de ensino de forma a compreender a prática avaliativa posta, na medida do possível, visando atender as necessidades do processo de aprendizagem.

Sendo assim, podemos entender que a avaliação formativa auxilia o educando a compreender e a conhecer sua prática e seus objetivos, bem como a encontrar qual é a forma mais adequada para executar as atividades que se propõe a fazer. Esta é uma avaliação em que o educando faz parte do processo, sendo um ator ativo, e não um mero receptor e reproduzidor de informações: torna-se um ator crítico e reflexivo dos processos em que está inserido. A avaliação formativa possibilita diálogo democrático e considera a caminhada do aprendiz, sua história. Além disso, possibilita regular a ação pedagógica a cada momento, incidindo progressivamente sobre as aprendizagens do educando.

d) avaliação somativa: concepção de avaliação utilizada para verificar a aprendizagem do educando ao final de uma etapa de aprendizagem. Visa classificar os educandos de acordo com os seus níveis de aproveitamento do processo de ensino-aprendizagem. É realizada, por exemplo, ao final de uma disciplina, dentro de critérios previamente impostos ou negociados e geralmente tem em vista a promoção de um grau para outro (HAYDT, 2002).

Através da avaliação somativa, o educador tem a possibilidade de visualizar e compreender “o todo” de cada educando. Nesse processo avaliativo se faz possível enxergar quais objetivos foram atingidos no processo de ensino-aprendizagem e torna-se viável o planejamento de quais abordagens terão melhor resultado com base nas metodologias aplicadas anteriormente e que tiveram sucesso.

e) avaliação mediadora: essa concepção de avaliação sustenta a possibilidade de um acompanhamento contínuo e gradativo da aprendizagem do educando/profissional, com todos os seus percalços no caminho e na

construção do saber. A ação mediadora é uma postura construtivista em educação, em que a relação dialógica, de troca, de discussões e de provocações aos educandos possibilita entendimento progressivo entre educador/educando. Nesta perspectiva, a avaliação vai para além da verificação das respostas corretas e incorretas, pois é concebida como uma ação investigativa e reflexiva por parte do professor sobre as construções cognitivas realizadas pelos educandos.

Hoffman (2005) reforça que a avaliação mediadora, seguindo uma visão construtivista, é uma avaliação ligada aos processos de aprendizagem, ou seja, com valorização das diversas formas de se aprender. A avaliação nessa perspectiva deverá encaminhar-se a um processo dialógico e cooperativo, através do qual educadores e educandos aprendem sobre si mesmos no próprio ato da avaliação.

A ação avaliativa abrange a compreensão do processo de cognição, de forma ampla e significativa, transcendendo o simples ato de avaliar, fazendo com que o educador oportunize ao educando momentos de reflexão sobre o mundo em que está inserido e sobre suas verdades, instigando a busca por novos conhecimentos, novas experiências, numa constante movimentação de formulação e reformulação de hipóteses. Imergir na avaliação é essencial para a evolução dos processos de ensino- aprendizagem, pois é nesse momento que se problematizam experiências e vivências, transpondo as contradições entre os pares, criando e recriando uma nova perspectiva e um novo olhar sobre o mundo (HOFFMANN, 2000, 2005; GADOTTI, 1984).

f) avaliação autorregulatória: após alguns movimentos de reforma na educação americana, por volta dos anos 1980, surgiram novas teorias de avaliação, como a da autorregulação, que considerava o que o educando pensava sobre o que estava fazendo para aprender. O indivíduo autorregulado tenta controlar seu comportamento, motivação, afeto e cognição, de modo a alcançar um objetivo estabelecido. Assim, esse indivíduo deve estar no controle, ou seja, ser agente das suas ações e não somente depender de seus pares ou do contexto. Essas concepções se baseiam na premissa de que as pessoas formam crenças sobre o que elas são capazes de fazer, antecipam as consequências de seus comportamentos e planejam o curso de suas ações a fim de produzir os resultados desejados e/ou merecidos (BANDURA, 1991;

ZIMMERMAN, 2008). Estudos de Rosário (2001) esclarecem que alunos autorregulados são facilmente identificados por algumas atitudes, como por exemplo estar atento em aula, trazer sempre os materiais necessários, alcançar e até mesmo ultrapassar os objetivos propostos, possuem as melhores notas. Além disso, são alunos “[...] mais decididos, estratégicos e persistentes no seu processo de aprendizagem” (ROSÁRIO, 2001, p.88).

Essas diferentes concepções podem ser melhor visualizadas no mapa conceitual (Figura 4), em que são sumarizados os sentidos associados a cada modalidade, bem como as relações estabelecidas entre os princípios e as práticas de avaliação. O que também podemos verificar no relato de Anastasiou, quando esta diz que:

O homem não vive sem fazer comparações e avaliações, as quais refletem a visão que tem de si e da sociedade, refletem os valores eleitos e presentes em determinados períodos históricos; estes, ao se refletirem na instituição escolar, incidem diretamente na avaliação da aprendizagem (2008, p. 01).

Após considerarmos essas diferentes perspectivas, é importante pontuarmos que a avaliação deve contribuir para o desenvolvimento do senso crítico e para auxiliar na formação dos educandos, possibilitando que todos reflitam sobre as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) envolvidas no processo de ensino- aprendizagem, através de análises e sínteses das atividades. É uma oportunidade, também, de construção coletiva de conhecimento.

3. AGREGANDO E TRIANGULANDO: percurso metodológico

*Não há ensino sem pesquisa e
pesquisa sem ensino.
Paulo Freire*

Diante das diferentes vertentes de se pensar e para se fazer pesquisa na área do ensino em saúde, acreditamos que não deveríamos optar por uma única metodologia, já que esta não daria conta de todas as questões levantadas neste trabalho. Desse modo, optamos por realizar uma metodologia que articule com diferentes concepções, ou seja, utilizamos como base a metodologia qualitativa tendo como apoio a análise de dados quantitativos que, neste estudo, complementa o processo. Essa concepção também é compreendida por Minayo (2010,2014), quando esta refere que os dados qualitativos não se opõem aos dados quantitativos e vice-versa, pois considera que estes se complementam, já que devem interagir entre si, eliminando qualquer dicotomia que por ventura possa existir.

Entendemos que uma pesquisa bem sistematizada pode apresentar muitos benefícios, não só para seus pesquisadores, mas também para os que se envolveram no processo e para os que poderão utilizá-la em estudos posteriores, criando-se, assim, uma “rede integrativa” de estudos na área do ensino em saúde. No ensino em saúde necessitamos de novas intervenções de pesquisa educacional, já que temos experimentado, nas últimas décadas, significativas transformações nos processos de ensino-aprendizagem, como é o caso da educação a distância e dos processos de avaliação, que são o cerne deste estudo.

3.1. PESQUISA QUALITATIVA

Durante a investigação científica, é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de geração de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada, processos importantes para a realização de pesquisa de caráter qualitativo (MINAYO, 2010; 2014). Para a referida autora, a objetivação contribui para afastar a incursão excessiva de juízos de valor na

pesquisa: são os métodos e técnicas adequados que permitem a produção de conhecimento aceitável e reconhecido (MINAYO, 2010, 2014). Minayo, então, esclarece que a metodologia qualitativa possibilita que se una a intencionalidade ao significado, ou seja, os processos sociais e as relações podem ser interpretados e analisados dentro de concepções de construções humanas significativas, que possibilitam novos olhares sobre diferentes questões.

Entendemos que a metodologia de pesquisa qualitativa se enquadra na investigação proposta nesta pesquisa, pois estuda os significados, as relações, os processos e os fenômenos envolvidos. Ademais, na pesquisa qualitativa, consegue-se ter um maior aprofundamento da compreensão do contexto social, político e individual de todo o cenário em que a pesquisa está sendo realizada. Os métodos qualitativos permitem, ainda, que se adote uma postura interpretativa dos comportamentos e dos fenômenos sociais, sendo muito úteis em pesquisas nesse contexto, para estudos de representações e crenças, que possibilitem e necessitem de um olhar sobre percepções e opiniões das pessoas, trabalhando com questões comportamentais, dentro do que as pessoas pensam, sentem e fazem. (MINAYO, 2010; 2014).

A autora ressalta que as abordagens qualitativas são mais adequadas para investigações científicas de grupos, segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob o ponto de vista dos atores sociais, de relações e para análises de discursos e documentos. O método qualitativo envolve a empiria e uma sistematização progressiva do conhecimento até que a compreensão da lógica interna do grupo seja desvelada.

A abordagem qualitativa, para a pesquisa em questão, possui importante relevância, pois estamos analisando processos de ensino-aprendizagem em que buscamos compreender os processos avaliativos decorrentes de um curso de formação para profissionais de saúde. A partir desses dados, queremos, em sua perspectiva exploratória, analisar as práticas avaliativas e quais construtos emergem a partir do mapeamento dessas práticas avaliativas.

3.2. CENÁRIO DE PESQUISA

Partindo do pressuposto atual de que a Estratégia de Saúde da Família é um modelo potente, capaz de transformar práticas em saúde, torna-se evidente a necessidade de investir no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde – cenário da ESF. Esse processo engloba uma série de ações, que vão desde investimentos financeiros e apostas de gestão até os processos de ampliação de acesso, de ampliação da participação de usuários e de formação dos profissionais que (co) produzem o Sistema Único de Saúde. O referido cenário se constitui a partir de enfrentamentos cotidianos, em que o maior desafio ainda é a necessidade de recursos humanos preparados para atuarem nessa estratégia, uma vez que a Saúde da Família se refere, também, ao desempenho dos profissionais em ações de promoção, prevenção e assistência a grupos familiares, demandando, portanto, fazeres para além do estudado nos currículos de formação dos profissionais de saúde.

Ainda hoje, os cursos de graduação em saúde não trazem elementos básicos que dialoguem com as necessidades e demandas do SUS. Isso, de certa forma, justifica a necessidade urgente de investimentos na formação dos trabalhadores e trabalhadoras que, diariamente, estão dando vida ao Sistema Único de Saúde, mas sem necessariamente compreender o seu papel nesse processo de consolidação das políticas públicas de saúde.

Nesse caminho de qualificar os profissionais de saúde que atuam no SUS, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2010, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que reúne universidades de diferentes Estados do Brasil com diferentes expertises. Um dos objetivos principais da UNA-SUS é a educação permanente, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Para tanto, os cursos oferecidos têm enfoque prático e dinâmico, utilizando, com frequência, casos clínicos comuns presentes no cotidiano de atuação profissional. Todos os cursos são inteiramente gratuitos e a modalidade de educação a distância foi escolhida para facilitar o acesso dos profissionais de saúde aos cursos.

Uma das universidades que faz parte dessa rede da UNA-SUS é a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), a qual se estruturou na Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS/UFCSPA.

A UNA-SUS/UFCSPA oferta cursos na área da saúde que possuem um enfoque prático e dinâmico, fazendo uso de diversas ferramentas que possibilitam a ação crítico-reflexiva dos educandos sobre suas práticas profissionais. Visa à resolutividade de problemas no cotidiano do SUS, realizando Cursos de Especialização em Saúde da Família, atendendo à necessidade do sistema e sendo referência nacional no assunto.

A partir dessa expertise, nasceu em 2014 a proposta conjunta, entre a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS (Gestão Estadual) e a UNA-SUS/UFCSPA, de um Curso Introdutório para profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família do Estado. Tal proposta embasou-se na importância da Saúde da Família no contexto atual do SUS e nas lacunas dos currículos de formação destes profissionais.

O Curso Introdutório para Equipes de Estratégia e Saúde da Família foi elaborado na perspectiva do campo teórico da Saúde Coletiva, ou seja, está intimamente atrelado ao fortalecimento dos territórios, à organização da Atenção Primária como a ordenadora dos processos de cuidado e aos diversos coletivos, como cogestores do SUS e produtores de saúde.

Essa formação foi estruturada como um curso de extensão semipresencial com carga horária de 58h, sendo 40h de educação a distância e 18h presenciais divididas em três momentos de seis horas. Como a proposta era atender aos profissionais do Rio Grande do Sul, elencaram-se três regiões do Estado para serem sede dos encontros presenciais, assim definidas: Porto Alegre (Região Metropolitana/Serra/Litoral), Passo Fundo (Norte/Nordeste) e Santa Maria (Sul/Centro/Centro-oeste).

Nesta pesquisa, serão analisados os dados gerados através dos materiais (gravações em vídeo dos encontros presenciais, fichas de avaliação, relatório de prestação de contas) disponibilizados pela UNA-SUS/UFCSPA relativos ao Curso Introdutório que ocorreu no ano de 2014. Este curso envolveu a participação de 425 profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos) que atuam em equipe de Saúde da Família em municípios do Rio Grande do Sul, três coordenadoras do curso (enfermeira, psicóloga e pedagoga) e sete tutores (enfermeiros, nutricionista, fonoaudióloga, odontólogos). Desse total de profissionais, 187 participaram da primeira edição e 238 da segunda edição do Curso Introdutório de Saúde da Família no Rio Grande do Sul, totalizando 435 participantes.

No que se refere aos materiais disponibilizados para análise, foram entregues 63 gravações em vídeo dos encontros presenciais, que totalizavam cerca de 10 horas de gravações, 392 fichas de avaliação e um relatório de prestação de contas. Muitas das gravações em vídeo disponibilizadas não geraram dados/informações para análise, pois existiam momentos de interlocução de vários participantes nos momentos de organização dos grupos de trabalho e nos momentos de início e final das atividades presenciais.

Essas falas, portanto, não foram consideradas para transcrição, já que apresentavam muitas sobreposições e ruídos, dificultando a qualidade do material. Isso ocorreu por não ter sido o propósito da UNA-SUS/UFCSPA a utilização das gravações em vídeo para fins de estudo científico e sim exclusivamente para registro da execução das atividades realizadas, para fins de comprovação na prestação de contas após o final do contrato. Dessa forma, foram verificadas, através de análise temática de Braun e Clarke (2006; 2013), três horas e 25 minutos de falas dos participantes em diferentes atividades propostas nos encontros presenciais.

Com as fichas de avaliação, é possível fazer duas abordagens analíticas, uma quantitativa e outra qualitativa, já que as fichas de avaliação possuíam questões fechadas e questões abertas, que geraram informações importantes sobre o processo do curso. Assim, utilizamos a metodologia da Linguística de Corpus, a partir de Sardinha (2014), para fazer a análise dessas informações.

Já o relatório de prestação de contas, elaborado no final de todos os processos e entregue à Secretaria Estadual de Saúde como forma complementar de prestação de contas do que foi executado, forneceu subsídios sobre o curso de uma maneira mais global, disponibilizando informações não encontradas nas fichas de avaliação e nas transcrições das gravações em vídeo dos encontros presenciais. Em resumo, os dados analisados nesta pesquisa são:

- a) 10 horas de gravações em vídeo dos encontros presenciais, gerando três horas e 25 minutos de dados transcritos;
- b) 392 fichas de avaliação respondidas pelos participantes ao final do curso;
- c) o relatório de prestação de contas.

Estes dados serão analisados a partir de três etapas:

- a) Análise temática dos dados da transcrição das gravações em vídeo

dos encontros presenciais;

- b) Tratamento estatístico das respostas objetivas e tratamento semântico das respostas discursivas através de procedimentos analíticos da Linguística de Corpus;
- c) Análise da concepção de avaliação que embasa o relatório de prestação de contas.

O corpus deste estudo pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 2: Corpus do estudo

ITEM	BANCO DE DADOS	METODOLOGIA	CORPUS
A	Gravações em vídeo dos encontros presenciais do Curso Introdutório de Saúde da Família. No ano de 2014, foram realizados em três sedes das Macrorregiões (Porto Alegre, Santa Maria, Passo Fundo), escolhidas e definidas pela equipe técnica da SES/RS.	Tratamento dos dados: Transcrição na íntegra de todas as gravações em vídeo dos encontros presenciais disponibilizadas pela UNASUS. Utilização de pseudônimos para todos os participantes, incluindo tutores e coordenação. Análise e interpretação: através de análise temática, conforme Braun e Clarke (2013;2010)	10 horas de gravações em vídeo dos encontros presenciais das duas edições.
B	Fichas de avaliação preenchidas pelos cursistas ao final do curso, no último encontro presencial.	Tratamento dos dados: Digitação das fichas de avaliação em arquivos no formato xls. e txt., respectivamente. Análise e interpretação: (a) tratamento estatístico das respostas objetivas; (b) levantamento semântico dos principais significados atribuídos pelos participantes à avaliação, com a utilização de procedimentos analíticos da Linguística de Corpus, seguindo Sardinha (2000, 2004).	Compõem o banco de dados 392 fichas de avaliação, conforme modelo apresentado no anexo A
C	Relatório final	Tratamento dos dados: Digitação do relatório final de prestação de contas utilizando pseudônimos para todos citados. Análise e interpretação: Análise dos dados sob uma ótica referenciada em análise reflexiva segundo Schön (2000).	Um relatório final.

3.3. MÉTODOS DE ANÁLISE

[...] não há relação entre mercadorias e coisas, as relações são entre pessoas, por isso são sociais (MARX, 1978.)

O processo de análise dos dados oriundos do Curso Introdutório de Saúde da Família, executado através de um processo de educação na modalidade EaD semipresencial, será através da metodologia de triangulação. Acreditamos que realizar um processo de triangulação de diferentes metodologias auxiliará na discussão e nos levará a compreender e a buscar responder aos questionamentos propostos para este estudo.

Além disso, pretendemos mapear as práticas avaliativas adotadas no contexto pesquisado, a partir da ótica de que a avaliação é a reflexão transformada em ação, ou seja, a ação é a mola propulsora das reflexões. Tais reflexões sobre a realidade e sobre o mundo, tanto do educador como do educando, traçam o caminho na construção das competências necessárias para a atuação profissional crítica e reflexiva.

3.3.1. Triangulação

O processo de triangulação nos permite olhar para os dados sob diferentes aspectos e concepções, buscando assim responder aos questionamentos da pesquisa utilizando as três modalidades de materiais que foram disponibilizados e que possibilitam essa triangulação. A saber, uma análise qualitativa, através da análise temática das gravações em vídeo transcritas, uma análise quantitativa dos dados estatísticos das fichas de avaliação e uma análise dos dados discursivos das fichas de avaliação, a partir de uma abordagem da Linguística de Corpus, além do estudo do relatório final.

A combinação desses métodos diversos tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo. Essa recomendação parte do princípio de que é impossível se conceber a existência isolada de um fenômeno social. Dessa maneira, a integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite a comparação de observações de modo a ter maior confiança

de que as conclusões não são produtos de um procedimento específico ou situação particular.

A triangulação surge como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista, seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores, seja a visão de mundo dos informantes da pesquisa, utilizados de modo articulado no estudo empreendido pelos autores. O uso da triangulação exige, também, a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto aos requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo.

A triangulação dos dados pode oferecer, portanto, uma abordagem construcionista da realidade social, na medida em que trata essa realidade (as práticas de avaliação adotadas no contexto pesquisado) como construída de diferentes maneiras em diferentes contextos (SILVERMAN, 2009). Não se postula, contudo, que a triangulação é uma maneira de ter acesso a uma realidade “verdadeira”, mas sim uma estratégia metodológica que acrescenta rigor, amplitude, complexidade, riqueza e profundidade à investigação em andamento. Nesse sentido, espera-se que o mapeamento das práticas de avaliação a partir de diferentes abordagens metodológicas contribua para uma visão contextual e detalhada do cenário pesquisado.

De acordo com Marcondes (2014), triangular significa adotar um comportamento reflexivo-conceitual e prático do objeto pesquisado sob diferentes perspectivas. Isso, então, possibilita complementar o tema com riqueza de interpretações, ao mesmo tempo que permite que se aumente a consistência das considerações finais.

3.3.2. O Processo de Transcrição

As gravações em vídeo disponibilizadas pela UNA-SUS/UFCSPA foram encaminhadas, num primeiro momento, para uma empresa especializada em transcrições, sendo que a pesquisadora identificou cada participante, educandos, tutores e coordenação com pseudônimos, preservando suas identidades.

Segundo Garcez (2011), o processo de gravação em vídeo deve ser precedido de um planejamento prévio, verificando quais pessoas serão filmadas, o local onde as câmeras, microfones e demais equipamentos serão instalados, como os materiais serão identificados, catalogados e arquivados. No que se refere às transcrições, o autor relata que podemos transcrever as falas, descreve detalhadamente gestos, ações, etc., mas as imagens dificilmente conseguem ser transpostas no que foi escrito, guardadas as devidas proporções (GARCEZ, 2011).

Para concretizarmos este estudo, a UNA-SUS/UFCSPA nos disponibilizou 63 gravações em vídeo dos encontros presenciais, que totalizavam cerca de 10 horas de gravações em vídeo. Ao recebermos os materiais transcritos pela empresa, realizamos a revisão das gravações em vídeo, uma a uma, pois observamos que nas transcrições existiam equívocos de nomenclaturas de palavras usualmente utilizadas por profissionais da área da saúde, sendo estas ajustadas pela pesquisadora. Lembramos que as gravações em vídeo, quando produzidas pela equipe da UNA-SUS/UFCSPA, não possuíam caráter científico e sim de registro para prestação de contas, ou seja, foram meramente filmagens ocasionais, sem critérios metodológicos.

As gravações em vídeo disponibilizadas apresentavam vários momentos de “falas concomitantes” em momentos de atividades em grupos, dificultando a compreensão e a transcrição fidedigna, sendo esses trechos desconsiderados dos dados da pesquisa. Além disso, em algumas gravações em vídeo não verificamos nenhuma fala, como, por exemplo nos momentos de organização das atividades, organização dos grupos de trabalho, chegada e saída dos participantes nos encontros presenciais, sendo estas gravações em vídeo também desconsideradas da amostra. Dessa forma, foram efetivamente analisadas para esta pesquisa 25 gravações em vídeo, totalizando três horas e 25 minutos.

O material transcrito foi todo revisado pela pesquisadora, novamente, assistindo às gravações em vídeo para que não se perdessem detalhes importantes para a análise dos dados que estão sendo discutidos na pesquisa em questão, ou seja, quais temáticas de cunho avaliativo se tornam relevantes para os participantes durante os encontros presenciais do curso.

3.3.3. Análise Temática

Os estudos que envolvem análise temática no Brasil têm como base, em sua maioria, a abordagem metodológica proposta por Gomes (2004), bastante difundida nas pesquisas no país, a qual compreende três etapas: pré-análise/categorização, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, de acordo com Gomes, o pesquisador organiza o material, montando seus dados de acordo com seus propósitos de estudo e seus objetivos. Após a exploração desse material, o pesquisador passa a realizar várias vezes a leitura dos dados, fazendo posteriormente a interpretação deles. Nessa fase, ele analisa as informações que vão além dos dados estatísticos, sendo analisadas, por exemplo, ideologias, tendências, fenômenos, etc., sobre o que o pesquisador está estudando. Em resumo, entendemos que essa metodologia trabalha com análise temática do tipo de conteúdo (GOMES, 2010).

Diferentemente dessa abordagem metodológica de análise temática, optamos, neste estudo, por outra perspectiva, proposta nos estudos de Braun e Clarke (2006, 2010; 2013), em que se parte de uma análise que segue uma metodologia diferente, pois está alicerçada em tema e subtema. Segundo as autoras citadas, podemos realizar o processo de análise temática com base na teoria ou nos dados. Diante da disponibilização dos materiais pela UNA-SUS/UFCSPA e pela associação e relação dos dados com as perguntas de pesquisa, a análise será baseada nos dados, seguindo os seis passos metodológicos de Braun e Clarke.

A análise temática é um método para identificar, analisar e relatar os dados gerados, ou seja, consiste em ir além de computar palavras ou frases e concentra-se em identificar e descrever as ideias implícitas e explícitas dentro dos dados, isto é, dos temas. Sendo assim, determinado tema capta algo importante sobre os dados em relação às questões de pesquisa e representa certa padronização ou significado dentro do conjunto de dados.

Para se realizar esse tipo de análise temática, as pesquisadoras sugerem seis etapas, aqui adaptadas à pesquisa, a qual busca compreender quais temáticas de cunho avaliativo se tornam relevantes para os participantes do curso durante os encontros presenciais. Para isso, se faz necessário realizar diferentes etapas, que vão fazendo com que a pesquisadora conheça e se familiarize com os dados

compreendendo o que os participantes estão relatando em cada etapa dos processos que estão ocorrendo, podendo analisar quais dados se enquadram para responder à pergunta de pesquisa em questão. Os passos que foram executados para o processo de análise são os seguintes (Braun e Clarke, 2006, 2010, 2013):

1. **Familiarização com os dados:** primeira etapa do processo de análise, em que conhecemos e nos familiarizamos com os dados disponibilizados, anotando as observações analíticas mais relevantes e importantes.

2. **Geração dos códigos iniciais:** processamos a geração de códigos iniciais, com as informações e características observadas nos dados que consideramos mais relevantes para a busca da resposta à pergunta de pesquisa. Nesse processo de codificação, já iniciamos uma pré-análise dos dados, já que os códigos capturam uma leitura semântica e conceitual dos dados, conforme os exemplos dos quadros abaixo:

Quadro 3: Exemplo 1

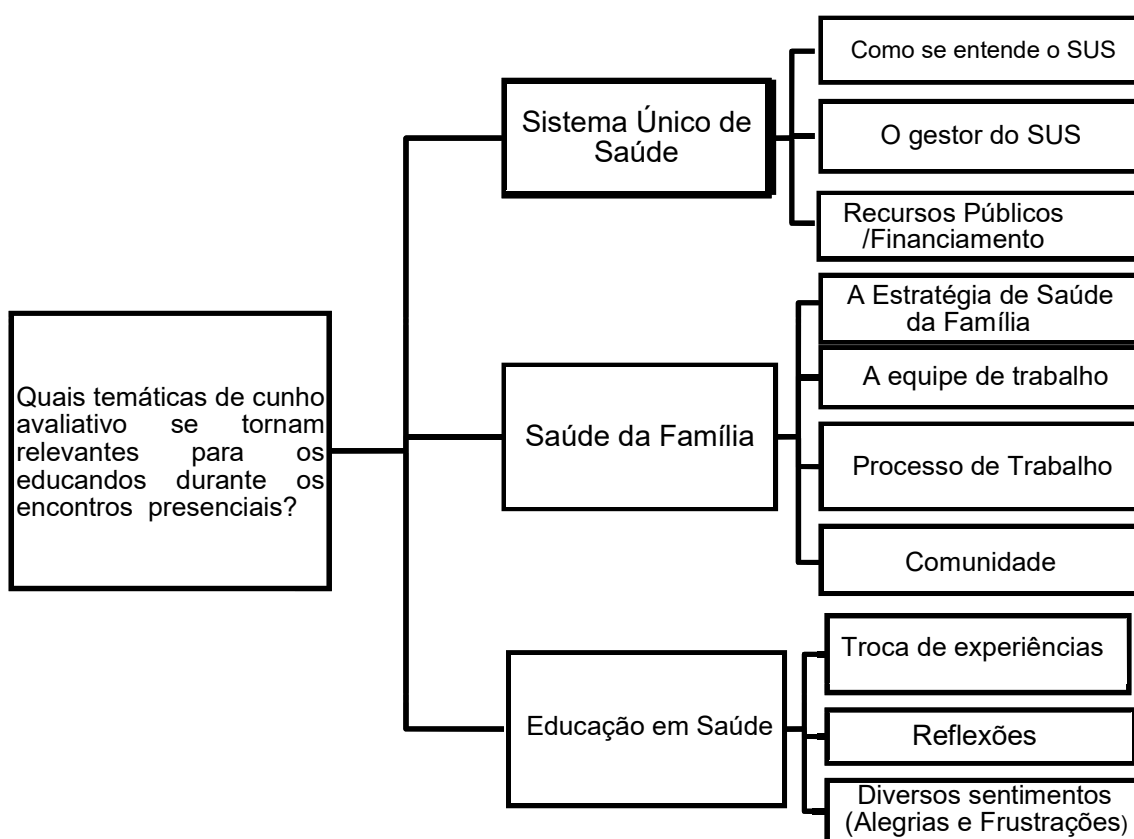
Extrato de dados	Codificado para:
“Peraí, eu estou querendo fazer, mas não tem como, não tem material, porque o responsável físico é o gestor, mas o gestor é político, ele tem milhões de coisas e de saídas e você não deve só pressionar o gestor quando muitas vezes nós também não estamos cumprindo com a nossa função” (Francisco).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestor de saúde; 2. SUS; 3. Profissional de saúde e seu papel; 4. Política e serviço de saúde; 5. Estrutura precária do serviço de saúde.

Quadro 4: Exemplo 2

Extrato de dados	Codificado para:
“[...] todos aqueles pilares da estratégia de saúde da família, que é o vínculo, que é conhecer a comunidade, que é ter uma boa relação médico-paciente, né, enfim que é estar trabalhando a tantos anos numa equipe e fazendo um bom trabalho sendo médica de saúde da família” (Rita).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde da Família; 2. Estratégia de Saúde da Família; 3. Equipe; 4. Relação com a Comunidade; 5. Pilares da APS.

3. **Procura dos temas:** o tema é um padrão coerente e significativo nos dados relevantes para a compreensão da pergunta de pesquisa. Sendo assim, realizamos um primeiro agrupamento dos códigos definidos no primeiro momento para a geração destes temas, conforme o esquema abaixo:

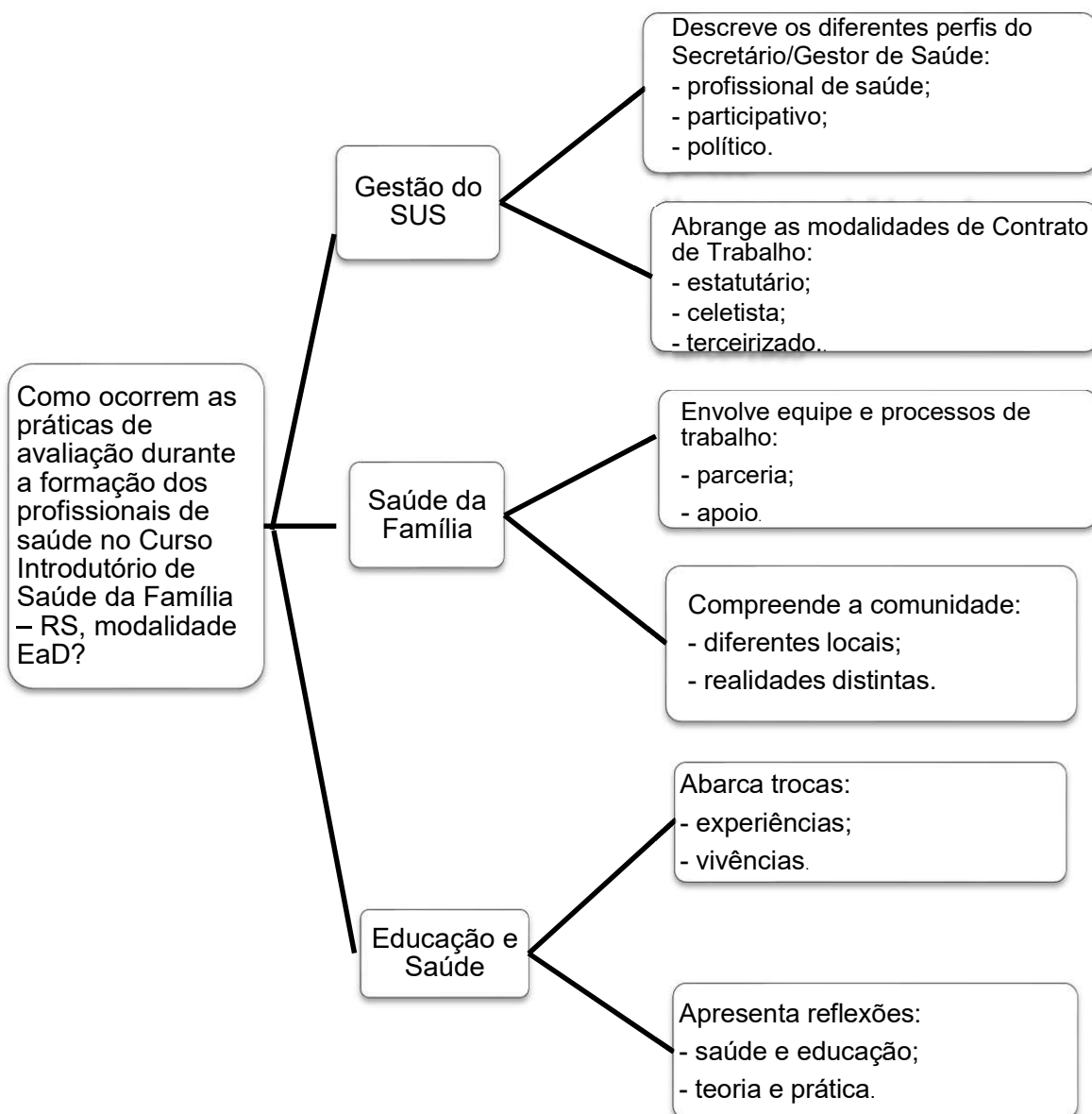
Figura 5: Agrupamento de códigos para a geração de temas



4. **Revisão dos temas:** após a seleção dos temas, voltamos nosso olhar para os dados novamente, para reanalisarmos os dados refletindo sobre os temas elencados. A partir desta reflexão e análise, elaboramos o primeiro “mapa temático”.

5. **Definição e nomeação dos temas:** etapa em que fizemos o refinamento dos dados codificados e dos temas selecionados, revisitando os vídeos e relendo as transcrições, definindo claramente quais temas e subtemas seriam analisados e discutidos no processo de construção do trabalho, conforme Figura 5. Lembramos que cada tema definido aborda uma questão essencial sobre os dados em relação à pergunta de pesquisa que estamos procurando responder.

Figura 6: Temas e subtemas determinados



6. **Escrita:** após estas cinco etapas e a definição do “mapa temático” com os temas e subtemas a serem discutidos, partimos para a etapa da escrita, que envolve uma narrativa analítica dos dados juntamente com excertos das transcrições, tecendo uma relação entre a teoria dos temas elencados e os dados analisados.

3.3.4. Linguística de Corpus

A Linguística de Corpus é uma área interdisciplinar que teve seu início na década de 60, quando surgiu o interesse em aplicar os estudos de corpus nas ciências da linguagem. As pesquisas que utilizam a Linguística de Corpus compartilham algumas características: são empíricas e analisam os padrões reais de uso dos textos naturais; utilizam coletâneas grandes e criteriosas de textos naturais; fazem uso extensivo de computadores para a realização das análises e dependem de técnicas quantitativas e qualitativas (SARDINHA, 2000; 2004).

Segundo Sardinha (2004), a Linguística de Corpus, também conhecida pelas siglas LC ou LCORP, trata da busca e da exploração dos *corpora* ou dos dados linguísticos textuais selecionados de forma criteriosa para o estudo. Esse processo de exploração da linguagem ocorre com o auxílio de ferramentas tecnológicas, a partir do uso do computador.

A partir dos dados das 392 fichas de avaliação realizamos o processo de análise de dados a partir da metodologia de Linguística de Corpus. Como a técnica de LC, na atualidade, faz uso de ferramentas tecnológicas que auxiliam o pesquisador na interpretação e análise dos dados, optamos e utilizaremos o software *WordSmith Tools*. Este software foi criado por Mike Scott em 1996 e, resumidamente, podemos dizer que é um software que reúne um conjunto de ferramentas integradas que auxiliam na análise linguística dos dados pesquisados. Além disso, possibilita que se realizem diferentes análises baseadas nas frequências e co-ocorrências de palavras. Essa escolha ocorreu diante do quantitativo de fichas de avaliação a serem analisadas, 392, e da forma com que gostaríamos de utilizar as informações produzidas, visando à triangulação dos dados produzidos.

Ainda, optamos por esse método em virtude de que a metodologia de Linguística de Corpus possibilita a relação semântica dos dados advindos das fichas de avaliação a partir do programa *AntConc*. Com ele, realizaremos uma análise dos referidos dados, visando compreender quais categorias semânticas são observadas nessas fichas de avaliação que os profissionais de saúde responderam ao final do curso. Além disso, esse procedimento metodológico possibilita análise com base científica, através de parâmetros já reconhecidos e testados por pesquisadores internacionais (SARDINHA, 2004).

3.3.5. Análise Reflexiva

Aprender envolve [...] pelo menos três fatores: conhecimento, habilidade e caráter.
(DEWEY, 1974 apud SCHÖN, 2000)

Entendemos que a análise reflexiva (SCHÖN, 2000) auxiliará no processo de entendimento dos dados contidos no relatório final de prestação de contas, no processo de triangulação dos dados do que foi construído pelos participantes no Curso Introdutório de Saúde da Família. Cabe-nos aqui esclarecer que a pesquisadora participou, por ser membro da equipe coordenadora do curso, da elaboração do relatório final. Nesse momento de análise do relatório, faz-se necessário um distanciamento, um outro olhar sobre os dados ora apresentados para que seja possível a realização de uma análise sob a perspectiva de pesquisadora, desvinculando-se do papel antes exercido.

Observamos que o relatório de prestação de contas traz alguns relatos dos educandos acerca do processo educativo desenvolvido, ou seja, do ensino a distância e dos encontros presenciais que não foram relatados nas fichas de avaliação, pois foram extraídos dos fóruns contidos no ambiente virtual, Moodle, no qual o curso estava “hospedado”. A análise reflexiva desses dados está embasada no entendimento que temos de que os profissionais de saúde que participaram do Curso Introdutório de Saúde da Família trouxeram importantes relatos sobre suas vivências e experiências e que o processo de ensino-aprendizagem possibilitou uma avaliação dos seus fazeres diários.

Schön (2000) relata que as experiências que os educandos possuem e os momentos que viveram trazem consigo elementos que não podem ser alterados nem controlados. Já estão no contexto de vida de cada um, não sendo possível alterá-los e sim refletir a respeito de como fazer tais situações serem diferentes em outras oportunidades.

O autor enfatiza que o processo de reflexão não se dá antes da ação: são os problemas, as situações adversas, as dúvidas do dia a dia que desencadeiam o pensamento e o processo reflexivo no educando e no educador. É a partir desse momento de reflexão que o educador se dá conta de algumas questões antes não

contempladas. Então, busca entendê-las, aprofundando a compreensão das situações que está vivenciando. Entende-se que é a partir dessa reflexão que ocorreremos processos de avaliação e reformulação das propostas e práticas educativas utilizadas (MOLINA e GARRIDO, 2010; SCHÖN, 2000).

Nesse contexto, no qual estamos analisando o processo de ensino-aprendizagem para profissionais, atentamos para o que Schön (2000) relata quando diz que, nos processos educativos iniciais de um profissional, este deve passar por momentos de confrontação entre a teoria e a prática, para que, quando estiver efetivamente na prática do fazer diário, possa refletir sobre as situações de forma mais coerente, buscando compreender seus processos de fazer e refazer, explorando seus dilemas profissionais no seu dia a dia, no seu campo de trabalho e de atuação. Isso é possível quando se trabalha dentro de uma lógica de reflexão e discussão de estudos de casos de situações reais, que trazem o educando para mais perto da realidade que encontrará posteriormente, ou mesmo para aquele que já está exercendo suas atividades e se depara ou já se deparou com determinadas situações (MOLINA, 2010; SCHÖN, 2000).

Além disso, Schön (2000) esclarece que, quando o educando aprende a fazer alguma coisa, ele a realiza sem refletir mais sobre aquele ato, simplesmente executa. Em algumas circunstâncias tal, execução pode não ser a mais adequada para a situação ou momento vivenciado. Tal entendimento emerge na fala de Schön, ao dizer que:

[...] sermos capazes de refletir-na-ação é diferente de sermos capazes de refletir sobre nossa reflexão-na-ação, de modo a produzir uma boa descrição verbal dela. E é ainda diferente de sermos capazes de refletir sobre a descrição resultante. Contudo; nossa reflexão sobre nossa reflexão-na-ação passada pode conformar indiretamente nossa ação futura (2000, p.35).

Esse processo de reflexão, de enxergar o fazer sob outra perspectiva, interagindo com as diferentes situações e vivências, tanto do educador como do educando, possibilitam o encontro de novos caminhos e novas ideias de como cruzar tais caminhos, o que enriquece muito todos que participam do processo de ensino-aprendizagem (DORIGON e ROMANOWSKI, 2008; SCHÖN, 2000).

Para Oliveira (2012), quando o educador passa a refletir sobre suas ações e suas propostas, ele passa a ser um educador reflexivo, que impulsiona seus educandos a refletirem sobre suas ações e seus fazeres diários, considerando que:

[...] o processo de formação depende do tempo, das experiências vividas, das oportunidades e do apoio de outros, da forma pessoal de reagir e lidar com obstáculos, entre outros fatores (OLIVEIRA, 2012, p.21).

Com base nessas concepções e a partir deste distanciamento da pesquisadora, através de um processo de reflexão sobre ação, conseguimos compreender algumas situações que foram relatadas nos fóruns e nos e-mails encaminhados à coordenação, que demonstram o quanto nossas vivências e situações do cotidiano podem estimular as práticas educativas. Assim, são proporcionados momentos de reflexão, que muitas vezes desencadeiam processos de reflexão sobre ação e ação-reflexão, num ciclo constante durante o processo do curso, conforme relatos analisados do relatório. Além disso, vimos que o relatório pode exibir importantes subsídios para os serviços, tanto para quem executa o curso, como para quem participa dele, pois propicia novas formas de se pensar os processos de ensino-aprendizagem, os processos de se fazer e de se planejar saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ninguém educa ninguém.

Ninguém se educa sozinho.

*Os homens se educam juntos, na
transformação do mundo.*

Paulo Freire (2005)

Sabemos que o processo de ensino-aprendizagem possui diferentes formas de ser avaliado, como já discutimos em capítulos anteriores. Diante disso, iniciaremos um processo de análise dos dados que recebemos da UNA-SUS/UFCSPA para compreendermos como os profissionais de saúde que realizaram o Curso Introdutório de Saúde da Família realizaram estes processos avaliativos. Dividiremos esse processo de análise em três etapas, iniciando pela análise temática.

4.1. ANÁLISE TEMÁTICA DOS ENCONTROS PRESENCIAIS

A metodologia de análise temática utilizada auxiliou na resposta à pergunta central deste estudo, ou seja, como ocorrem as práticas de avaliação durante a formação dos profissionais de saúde no Curso Introdutório de Saúde da Família – RS, modalidade EaD. Além desse entendimento, a análise temática nos leva a analisar o conjunto de dados buscando responder, também, quais temáticas de cunho avaliativo se tornam relevantes para os participantes durante os encontros presenciais do curso. Isso porque a análise temática aqui apresentada está alicerçada nas falas transcritas desses profissionais, a partir de gravações em vídeo dos encontros presenciais, conforme já relatado.

Acreditamos ser importante lembrar os seis passos realizados para a análise temática:

1. Familiarização com os dados: transcrever os dados das gravações em vídeo da primeira edição do curso, leitura e releitura dos dados e anotações das ideias iniciais em relação às perguntas de pesquisa.

2. Criação dos códigos iniciais: codificar as características interessantes dos dados de forma sistemática ao longo de todo o conjunto de dados, montando uma lista de ideias iniciais, atribuindo dados relevantes a cada tema potencial.

3. Procurar os temas: agrupar os códigos em potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. Classificar e agrupar os códigos em categorias mais abertas – temas e subtemas, que irão representar um conceito mais amplo dos códigos.

4. Revisão dos temas: verificar se os temas funcionam em relação aos excertos codificados e a todo o conjunto de dados, criando um “mapa temático” da análise.

5. Definição e nomeação de temas: analisar de forma contínua os temas fazendo refinamento das especificidades de cada um e ao quadro global que a análise produz, criar definições claras e nomear cada tema.

6. Elaboração da escrita: selecionar os excertos, submetendo-os a exemplos na análise final dos excertos selecionados, relacionados com as questões de pesquisa e os estudos científicos/referências bibliográficas.

Após definirmos quais temas e subtemas iremos utilizar nesta análise temática, aprofundaremos a discussão em cada um deles buscando compreender o que advém das falas desses profissionais de saúde que estavam realizando o Curso Introdutório de Saúde da Família, no que tange aos processos avaliativos.

4.1.1 Apresentação dos temas e subtemas

Antes de iniciarmos a discussão de cada tema e subtema propriamente dita, acreditamos ser necessário expor de qual local estamos falando, ou seja, sob que aspecto estamos iniciando essas discussões e reflexões diante das falas transcritas. Isso porque são falas de profissionais de saúde que atuam em diferentes municípios do Rio Grande do Sul, em realidades distintas, num momento político específico, ou seja, num momento de eleição política a nível estadual e federal e, principalmente de novas proposições de política de saúde pública, como a inserção do Programa Mais Médicos.

Para entendermos essa situação, cabe-nos refletir sobre o fato de que toda essa nova forma de se pensar e se fazer a saúde para brasileiros só pode prosperar a partir da Constituição Brasileira de 1988, que é o marco de tudo que iremos debater a seguir. Foi com a Constituição e sua promulgação que passamos a ter cada cidadão brasileiro “reconhecido”, com suas individualidades, necessidades e peculiaridades, pois a Constituição engloba direitos antes inexistentes, como os direitos sociais, o

direito à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer entre outros.

Explicitamente no campo da saúde, a Constituição expõe cinco artigos, que vão do nº 196 ao 200. Destes cinco artigos destacamos o artigo 196 e 198, que já foram expostos em capítulo anterior e que tratam resumidamente, respectivamente, que saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo seu acesso universal e igualitário; e das ações e serviços públicos de saúde, explanando a questão de rede regionalizada e hierarquizada de saúde, que constituem o sistema único, a partir da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

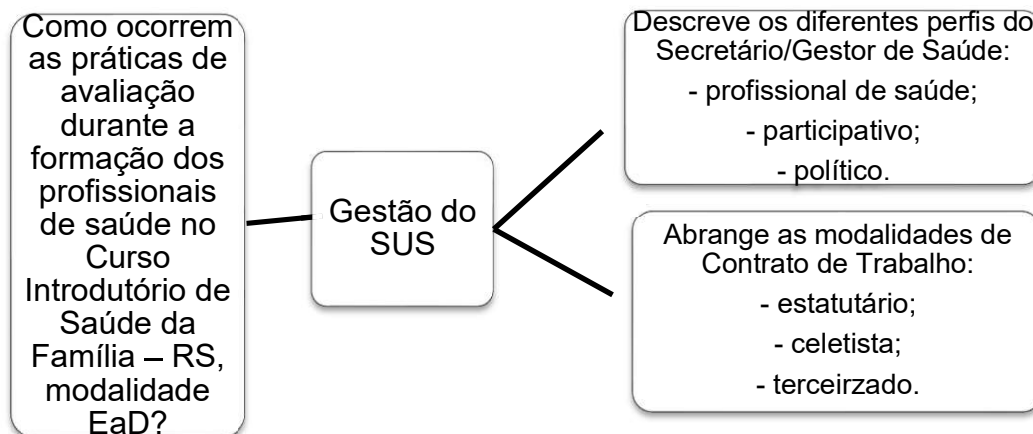
Entendemos que as políticas sociais e econômicas são aquelas que vão contribuir para que o cidadão possa ter com dignidade: moradia, alimentação, habitação, educação, lazer, cultura, serviços de saúde e meio ambiente saudável.

Ademais, está expresso na Constituição que a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doença. Ela é determinada pelo modo como vivemos, pelo acesso a bens de consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, nossos hábitos, a nossa maneira de viver, nossas escolhas. Destacamos, então, esses dois artigos por entendermos que eles conjecturam as falas encontradas nas transcrições e por descreverem sinteticamente as circunstâncias políticas e sociais em que esses profissionais de saúde estão inseridos.

4.1.1.1. Gestão do SUS

No tema Gestão do SUS, emergiram, do conjunto de dados produzidos após as transcrições das gravações em vídeo, dois subtemas que foram derivados das codificações iniciais conforme demonstrado no início do capítulo e que possuem maior relevância: o perfil do secretário de saúde ou gestor, duas nomenclaturas utilizadas pelos profissionais de saúde para designar a mesma pessoa; diferentes formas de contrato de trabalho que impactam diretamente nos processos e relações de trabalho.

Figura 7: Gestão do SUS



No que se refere ao perfil do secretário de saúde, destacamos alguns excertos:

[...] o gestor é responsável pela decisão política e nós somos os responsáveis pela decisão técnica e se isso se mantivesse assim estava muito bom, o problema é que nem sempre é assim [...] (Francisco).

A fala transcrita acima conjectura o que alguns profissionais de saúde que estavam realizando o curso introdutório relataram, ou seja, muitos secretários de saúde se ocupam do cargo somente por questões políticas e em alguns momentos acabam “sobrepondo a política às questões técnicas”. O perfil do secretário de saúde foi discutido em momentos diversos, já que os profissionais de saúde que estavam realizando o curso são oriundos de diferentes municípios do Rio Grande do Sul. Conseqüentemente, verbalizam realidades diferentes sobre a gestão e sobre o secretário de saúde, pois cada cidade possui o seu secretário, com suas características e peculiaridades, como consta na fala:

[...] temos diferentes tipos de realidades, como município que tudo dá certo e como municípios que fica muito difícil. Onde geralmente, que nem no meu caso, se tem uma nova estratégia de saúde alguma coisa, vamos aderir, se tem dinheiro, vamos aderir, quem vai executar isso não importa. O importante para o secretário é que se tenha esse dinheiro e

venha esse dinheiro, depois o que se vai fazer, se dá para pagar uma ou outra coisa com isso, como pagar, vamos ver se tem que devolver, se não precisa melhor ainda (Samara).

O secretário de saúde, em determinados relatos, demonstra envolvimento com a equipe de saúde e com o contexto, principalmente se ele possui qualificação técnica para o cargo, ou seja, quando tem alguma formação na área de saúde e gestão pública e entende seu papel na estrutura. Isso pode ser observado no excerto abaixo:

[...] a nossa secretaria de saúde é a primeira a chegar na unidade e a última a deixar a unidade [...] ela é administradora de empresas com especialização em saúde pública [...] (Ramona).

Esses secretários de saúde, além de se envolverem com os processos de saúde do local em que atuam, solicitam a participação dos profissionais de saúde nas decisões a serem tomadas e mesmo no planejamento das ações de saúde, colocando as questões em pauta para que todos, juntos, discutam, planejem e conversem, tornando a gestão democrática e participativa:

Os gestores, graças a Deus, eles não empurram as coisas, não colocam coisas goela abaixo, eles chamam, sentam, existe conselho municipal de saúde, eu sou a enfermeira responsável e represento os outros enfermeiros do meu município. Lá no conselho municipal de saúde é colocado anualmente o valor que se recebe das esferas da união, do Estado, do município, o que que é gasto, quanto restou na conta e os vínculos que esse dinheiro esse recurso pode ser aplicado. Então sempre que a gente tem uma necessidade de uma unidade básica de saúde a gente reúne os enfermeiros, reúne o pessoal e a gente tem essa liberdade de estar conversando com a secretaria de saúde, quero colocar isso, nos dias de ponto facultativo, os funcionários não estão trabalhando, mas a nossa secretaria de saúde está. Ela é a primeira a chegar na unidade e a última a deixar a unidade, então não tem ninguém que fique fazendo “crochê”, essas coisas não existem lá. Então é trabalhado, é cobrado é estudado sim. A gente tem voz, a gente tem o direito de opinar também e a gente é ouvido pela nossa secretaria de saúde e pelo nosso município (Ramona).

Além disso, o posicionamento desse secretário de saúde acaba por influenciar direta ou indiretamente nos processos de trabalho das equipes de saúde, conforme demonstrado no excerto abaixo:

[...] eu gostaria de estar fazendo o que realmente o SUS e as estratégias propõem, mas se o meu gestor não me resolve o outro lado, se eu não tenho técnicos. Eu estou sem

técnicos a mais ou menos seis meses. Eu cobro, já fui no conselho, já fui na coordenadoria, já denunciei para o COREN e aí, quem me ajudou até agora? Já se passaram seis meses. E mais quanto tempo vai se passar e essa situação vai continuar? Mais ou menos isso (Solange).

O outro subtema que está atrelado à gestão do SUS e emergiu do conjunto de dados analisados foi a forma de contratação dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na Atenção Primária a Saúde. Por serem profissionais de diferentes profissões e de cidades diferentes, surgiu nas falas o quão díspar são as formas de contratação e vinculação desses profissionais e como isso impacta direta ou indiretamente no seu processo de trabalho e mesmo na comunidade na qual estão inseridos. Um excerto que exemplifica muito bem esta situação é: “O profissional não estar seguro para ir trabalhar, não é o ir trabalhar sem gostar, mas o ir trabalhar sem saber o dia de amanhã”(Ana).

Também é verbalizado como eles se sentem diante de algumas situações impostas por alguns secretários que, em certos momentos, por desconhecerem o trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde, acabam tratando-os como profissionais de “produção de fábrica”, não entendendo que a lógica da saúde transcende a lógica de trabalho mecanicista, principalmente a do trabalho em massa, em linha de produção:

Por outro lado, a gente escuta muito a história de que vão colocar um relógio ponto e quem sair antes da hora está arriscado ser cortado teu ponto, como se a gente fosse peão, como se o trabalho da gente se medisse pela quantidade de saco que a gente joga dentro de um caminhão. Não é bem assim, aí a gente entra naquela questão de não se respeitar o profissional técnico, seja ele médico, dentista, enfermeiro, o que for cada um de nós tem a sua responsabilidade. Cada um de nós fez um juramento praquilo, e se a gente trabalha num serviço público é porque a gente quer. Se a gente não está satisfeito, a gente vai trabalhar na iniciativa privada. Eu fiz o contrário, sai da iniciativa privada e vim para o serviço público e eu trabalho porque eu quero, então e eu já tenho alguns anos de estrada. Às vezes dá vontade de parar e criar galinha, mas sempre vem alguém e diz vamos continuar, aí vem os mais novos cheios de ideias e a gente vai se inspirando neles e vamos unindo forças, porque esse sistema é fantástico (Francisco).

Apesar de muitas falas relatarem a precarização dos vínculos trabalhistas e como isso impacta no seu dia a dia, esses profissionais relatam que se mantêm na profissão porque escolheram fazer o que fazem, pois se realizam e se identificam com isso:

[...] porque que falta técnico de enfermagem, não falta técnico de enfermagem, eles não querem trabalhar porque paga mal, é uma coisa simples, não tem plano de carreira, não tem concurso, o contrato é precário, isso funciona com médico, com enfermeiro, com qualquer um, eu tenho certeza que a maioria que está aqui não está aqui por dinheiro, porque se alguém que está aqui pensa em ficar rico, por favor pode sair, porque se pensa em ficar rico troca de profissão, porque nessa ninguém vai ficar rico, a gente faz isso por amor. Só que precisa de incentivo, pelo menos de uma estabilidade, de uma carreira, o pessoal falou antes do judiciário, que é muito difícil, que é muito bem remunerado, que tem um plano de carreira e funciona muito bem, não falta profissional nisso e porque que não falta por causa desse respeito com o servidor, e a gente não vê isso na saúde. A saúde é um contrato precário, se tu te machucar azar é teu, tu és contratado por uma empresa, como é que pode, como é que a justiça ainda permite isso (Sila).

Após analisarmos todos esses excertos, verificamos como é complexa a gestão do SUS, tanto no que se refere aos gestores/secretários de saúde como às formas de contrato de trabalho, pois cada local possui suas peculiaridades e especificidades. No que diz respeito ao secretário de saúde, entendemos que isso se deve aos seus diferentes conhecimentos, das suas vivências e mesmo dos diferentes interesses que o levaram a assumir a posição de secretário de saúde. Ademais, quem assume essa posição deve compreender que existe em seu trabalho um “cunho” político inegável, mas deve compreender que saúde deve ser uma política de estado e não política partidária.

Para compreendermos melhor essa discussão que envolve a gestão do SUS, consideramos relevante abarcar alguns tópicos sobre o Sistema Único de Saúde, suas características, particularidades e sua gestão. O Sistema Único de Saúde - SUS foi idealizado por diversas pessoas de diferentes regiões do país que, ou tinham conhecimento técnico sobre saúde, ou conhecimento das políticas públicas ou ambos e almejavam mudanças para o sistema até então constituído e que privilegiava somente uma parcela da população brasileira.

A legislação, as portarias, normativas e regulamentações que compõem o Sistema Único de Saúde foram amplamente discutidas e debatidas por mais de 25 anos, com a participação dos diferentes entes que compõem a gestão do SUS, ou seja, os secretários, os técnicos, os profissionais de saúde, os usuários, os representantes da sociedade civil, entre outros, até que em 1990 foi promulgada a Lei 8.080/90, que instituiu o SUS.

No decorrer dos anos, após a promulgação da Lei n.º 8.080/1990, muitas portarias e normativas foram publicadas e alteradas. A partir da publicação do Decreto

n.º 7.508/11, alguns aspectos da Lei n.º 8.080/1990 foram regulamentados, como por exemplo: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse decreto é o dispositivo legal para os secretários de saúde pensarem, planejarem e organizarem o SUS na sua localidade, congregando essas ideias com o que foi pactuado em termos de organização, no Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006).

Frente a isso, podemos dizer que fazer gestão no Sistema Único de Saúde é fazer uma gestão diferenciada da gestão dos outros serviços públicos em qualquer esfera governamental. Isso porque essa é uma gestão que envolve variáveis interfaces, tanto política, econômica, social como pessoal, que muitas vezes podem estar alicerçadas num conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação e implantação de políticas de saúde pensadas de forma coerente com os princípios do SUS (BELTRAME, 2003).

Esses processos da gestão do SUS refletem o quanto é importante o secretário de saúde estar ciente de suas obrigações e compromissos. Como já citado anteriormente, ser secretário de saúde envolve questões pessoais, políticas e técnicas, com a peculiaridade de não permitir que se ocorra desvinculação uma da outra ou sobreposição e sim aglutinação, fusão, pois isso faz com que se tenha sucesso na construção dos processos de gestão em saúde.

Contudo, para que isso ocorra, faz-se necessário, primeiramente, o entendimento das políticas públicas que envolvem o SUS, agregando esse conhecimento a processos de tomada de decisão que envolvem conhecimento técnico, planejamento, definição de prioridades e captação e/ou alocação de recursos para se alcançar objetivos definidos, planejados e almejados (FLEURY, 2014). O secretário de saúde precisa ser ativo em três eixos: planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, na articulação com a gestão estadual e federal, e na normatização complementar das ações e serviços públicos de saúde no âmbito de sua atuação.

Entendemos e verificamos nas falas dos participantes que todos estes componentes, conhecimento técnico, político e habilidade de gestão, são essenciais para que o secretário de saúde consiga exercer de forma adequada sua função. Mas, além disso, ele precisa saber contornar e gerir as questões administrativas que muitas vezes vão além desses conhecimentos prévios, fazendo com que ele necessite se adaptar a cada nova normatização ou regulamentação imposta pelas diferentes

esferas governamentais, tendo que se apoderar desses fatos frequentemente (BARATA, 2003).

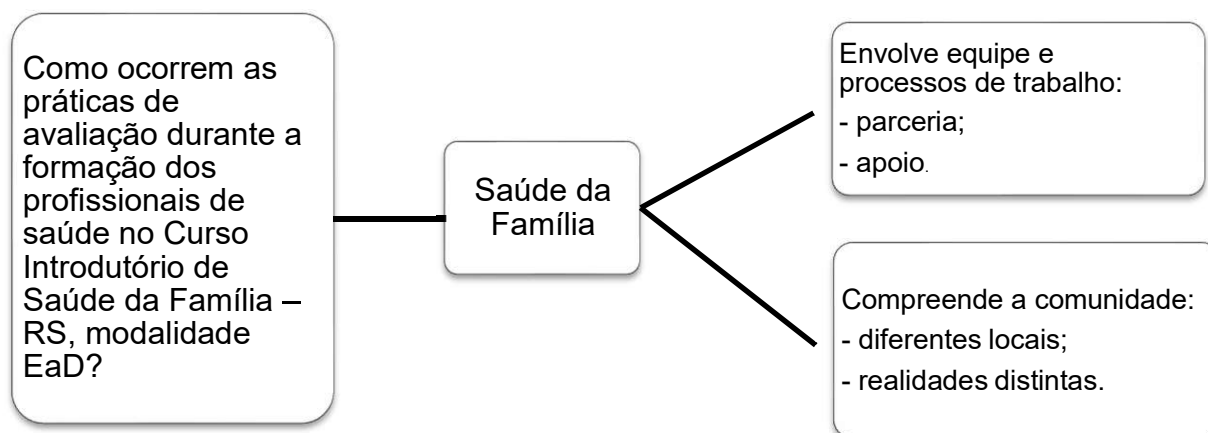
Notamos, também, que alguns profissionais não visualizam o secretário de saúde como um “parceiro” do processo de trabalho da equipe de saúde e sim como um ente distante, que não possui envolvimento direto com os profissionais de saúde, que vislumbra na grande maioria somente as questões políticas, pouco se importando com a real situação da saúde do município e dos seus colaboradores, buscando somente a interlocução política. Esse posicionamento traz prejuízos para o contexto da saúde, desmotivando os trabalhadores e tornando o processo de trabalho de todos muitas vezes dispendioso, diferentemente de um secretário de saúde que apoia os trabalhadores e possibilita uma gestão democrática e participativa, através da colaboração efetiva dos profissionais de saúde no planejamento das ações de saúde, tornando a equipe e a comunidade parte do sistema.

Ademais, entendemos que os processos de contratação estão vinculados a essa forma de entender a gestão do SUS, pois um gestor comprometido com a saúde pública primará por ter seus colaboradores trabalhando satisfeitos, ou seja, seguros de seus vínculos trabalhistas, exercendo suas atividades laborais em um bom ambiente de trabalho, com condições adequadas, participando das políticas públicas que estão sendo implantadas ou implementadas.

4.1.1.2. Saúde da Família

Saúde da Família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, as famílias e a comunidade. Dentro desta concepção, e buscando responder às perguntas deste estudo, este foi o segundo tema que emergiu dos dados das gravações em vídeo, subdividindo-se em dois subtemas: a equipe e o processo de trabalho; comunidade/local em que se está inserido:

Figura 8: Saúde da Família



Esses dois subtemas estão implantados no contexto da Atenção Primária impactando na saúde da população que é atendida por esses profissionais de saúde que realizaram o Curso Introdutório de Saúde da Família, conforme os excertos:

A gente tem a clareza dos nossos papéis na equipe, do que a gente faz, do que a gente representa nesse contexto, mas falta, às vezes, as outras instâncias entenderem qual é o papel da Atenção Básica. Não é só aquele de "manda para o posto", "manda para o posto", mas de assumir a responsabilidade [...] (Cátia).

A importância da equipe para o sucesso do trabalho realizado por todos e como isso impacta no contexto geral do trabalho realizado aparece no excerto: “O que nos sustenta é a integração da equipe, que faz com que ocorra um ambiente de trabalho agradável e a dedicação profissional” (Rejane).

Verificamos que a integração desses profissionais que realizaram o curso com a equipe reforça seu envolvimento com o trabalho e o motiva no dia a dia, assim como a força de vontade e a profissão que escolheram está diretamente relacionada à forma como enfrentam e “lidam” com as adversidades do cotidiano:

A gente colocou amor pela profissão porque a gente acha que para estar aqui, para se sustentar, para ganhar, para passar tudo que a gente passa, pressão psicológica, física e emocional, para estar aqui, a gente tem que gostar. Porque se não, às vezes, dependendo de determinadas situações a gente vê que, meu Deus, porque que eu não fui ser, sei lá veterinária, porque animal não fala, não sei, alguma coisa nesse sentido, mas a gente escolheu. Eu acho que ninguém está aqui por acaso, eu acho que todo mundo escolheu estar aqui. Então eu acho que o amor pela profissão é essencial. Ahn, outra coisa que a gente colocou também é a credibilidade de que sempre é

possível a mudança né, apesar das dificuldades, dos entraves que a gente encontra no dia-a-dia, sempre é possível. Nada é imutável, né. Sempre é possível mudar e se a gente puder mudar para melhor né. E também a parte de remuneração, né, porque ninguém vive sem dinheiro. Então são importantes, a remuneração e o reconhecimento profissional. É muito importante para nós também, seguirmos em frente (Carmem).

Esse sentimento de envolvimento que verificamos nas falas dos profissionais que atuam na estratégia da saúde da família demonstra a importância da equipe e da comunidade para os profissionais de saúde que estavam realizando o curso em questão: “Vou seguir em frente, pois é a minha história também. É uma frase dela, mas eu acho que é uma parte da história de todos nós, seja como usuários ou como prestadores de serviço” (Ramona).

Reforçando esse pensamento sobre o que ampara o trabalho desses profissionais, percebemos nos relatos que esse amparo existe na equipe “unida” e nas pessoas da comunidade. Na equipe, porque esta acaba enfrentando junto as diversas barreiras que aparecem no dia a dia do trabalho desses profissionais, que continuam sua jornada pois sentem-se parte dessa equipe e da comunidade em que estão inseridos: “O que nos sustenta é a força de vontade, as pessoas da população que necessitam do nosso trabalho, necessidades pessoais, a vontade de ajudar as pessoas, a minha família e gostar da profissão” (Angélica).

O contexto em que estes profissionais estão inseridos também foi muito debatido, pois os profissionais entendem a importância e o significado de suas ações e como estas impactam na comunidade onde eles atuam. Isso podemos ver nas falas que demonstram que os profissionais, no decorrer do curso, a partir das trocas entre os colegas de curso, passam a ver e compreender algumas situações seu cotidiano e mesmo seu papel no contexto de forma mais crítica, como na fala: “[...] nós discutimos o compromisso em melhorar a qualidade de vida de toda população, além do compromisso com toda equipe de saúde onde nós trabalhamos” (Alan).

Dentro dessa lógica das trocas de experiências vivenciadas, no decorrer do curso, alguns profissionais verbalizam que o contexto em que estão engloba uma complexidade antes não compreendida claramente, mas que, diante das conversas e dos estudos no decorrer do curso, podem averiguar que muito ainda precisa ser alcançado para que se tenha um SUS real:

A gente elencou, como sustentável na nossa atividade profissional, conhecimento técnico, porque a gente adquire, mas vem também adquirindo ao longo da vida, o profissionalismo que é mais ou menos o que o pessoal citou que apesar de tudo a gente sempre acaba colocando o bem-estar e a saúde dos nossos pacientes em primeiro lugar, acima de gestão, problemas e falta de estrutura. Tudo isso baseado no amor que a gente tem na nossa profissão, que nos levou a estar aqui hoje, inclusive (Artur).

São esses excertos que demonstram como a equipe e a comunidade são peças fundamentais na Estratégia de Saúde da Família. Essa estratégia se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Para que essas ações possam ser desenvolvidas, faz-se necessário um conjunto de parcerias, tanto dos membros que compõem a equipe como da comunidade a ser assistida por ela. Isso só acontece se forem estabelecidas e pactuadas, entre todos que participam do processo, algumas práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido a uma comunidade específica, dentro de um território estabelecido e delimitado.

Além disso, o trabalho na estratégia de saúde da família utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012). Então, discorrer sobre Saúde da Família é falar sobre equipe e comunidade.

A equipe que atua na estratégia de saúde da família deve articular suas práticas e conhecimentos no enfrentamento das diferentes situações que aparecem no seu cotidiano, identificando cada uma para posteriormente, a equipe possa elaborar e propor estratégias de ação para intervir da melhor forma (OLIVEIRA, 2006). Quando falamos em equipe, estamos falando de diferentes profissionais de saúde comprometidos com a saúde da comunidade, que pensam sobre o processo de trabalho dentro de uma ótica de parceria e cumplicidade entre os diferentes entes que participam do processo, não esquecendo do foco de todo esse sistema, que é a saúde da comunidade na qual a equipe atua.

As falas dos profissionais demonstram que, mesmo com as peculiaridades e especificidades de cada região e de cada equipe, as suas vivências e experiências possuem muitos relatos parecidos e outros não tão próximos, pois demonstram o contexto real de cada profissional, enfatizando seus sentimentos diante destas situações. Quando voltamos nosso olhar para o subtema que envolve a comunidade, verificamos que, em vários momentos do curso, algumas atividades instigam e abordam essa discussão sobre a comunidade, sobre o território que se encontra o educando, trabalhando e vivenciando.

Acreditamos que essa temática foi posta em pauta em diversos episódios frente às constantes atividades que envolviam reflexões para a realização das atividades que os materiais educacionais exigiam, e que colocavam o profissional de saúde participante do curso em posição de autoquestionamento sobre suas ações e mesmo sobre sua inserção no contexto comunitário. A inserção na comunidade, comentada nas falas dos profissionais de saúde, é ponto essencial, conforme Martins (2008), para que esse profissional de saúde interaja e compreenda qual é o seu papel psicossocial nessa comunidade. A partir deste entendimento, o profissional de saúde conseguirá interpretar a realidade dos usuários, tanto no âmbito individual como coletivo, podendo orientá-lo de forma mais adequada nas ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde.

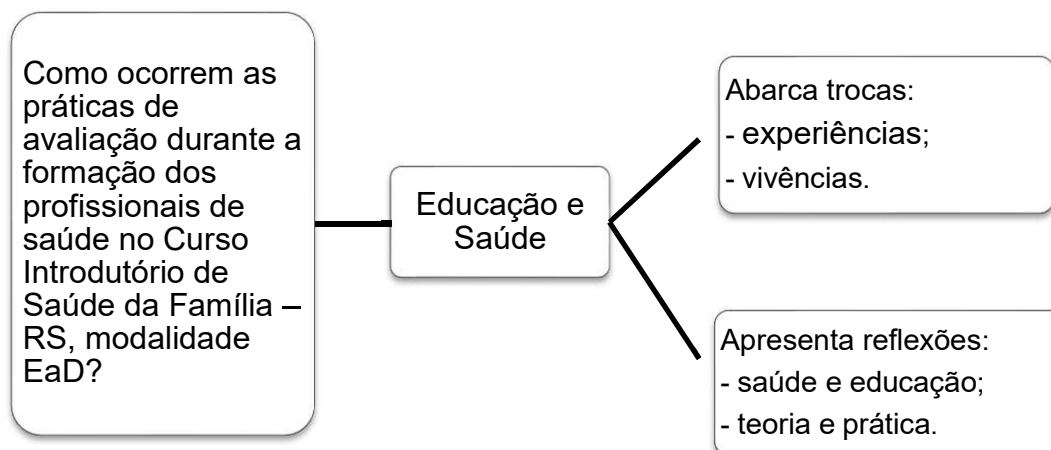
Nesse contexto, constatamos que alguns profissionais de saúde se sentem preocupados com o processo de trabalho e com a equipe, além de como as ações impactam nos indicadores de saúde da comunidade. Essa preocupação os leva a buscar conhecimento técnico e científico, além de primar pela integração da equipe, pela interação com a comunidade, tentando, apesar de toda a complexidade e muitas vezes falta de estrutura, proporcionar um atendimento de saúde adequado, além de terem um ambiente de trabalho adequado e digno para todos.

4.1.1.3. Educação e Saúde

A formação dos profissionais de saúde, para atuarem na estratégia de saúde da família, é um dos maiores problemas a serem enfrentados no seu processo de implantação, implementação e continuidade, já que infelizmente as universidades não formam um quantitativo suficiente de profissionais com competência e habilidades para atuarem na Atenção Primária (BRASIL, 2012). Isso pode ser verificado nos dados

provenientes das gravações em vídeo dos encontros presenciais, cujo terceiro tema elencado foi educação e saúde. Os subtemas são: trocas de experiências e vivências; reflexões sobre educação: teoria e prática.

Figura 9: Educação e Saúde



Os profissionais de saúde demonstraram o quanto necessitam de processos de ensino-aprendizagem que estejam relacionados à sua prática diária e à sua realidade, conforme os excertos a seguir:

Nosso grupo buscou integração, motivação, fortalecimento da atenção básica, pensamentos e dúvidas, sempre - porque aí a gente não vai a lugar nenhum, o que move o mundo não são as respostas, são as perguntas, não é? Qualificação, conhecimento, integração, perfeição do processo de trabalho, foi aí, a gente pensou o seguinte: uma árvore precisa da água. E a nossa? A nossa vai ter água através das palavras lindas que estão aqui dentro: comprometimento, amor, motivação, altruísmo. A gente precisa de muito altruísmo para fazer esse trabalho que a gente faz. E precisa de envolvimento (Telma).

Nesse excerto, assim como no próximo, exibimos pensamentos oriundos dos processos de reflexão que esses profissionais realizaram durante o curso sobre sua prática diária:

[...] quando a gente tem uma médica e uma enfermeira para atender esses duas mil e duzentas de população fica carregado sim, por que às vezes tu vai para os cursos, vai pra se capacitar e tu volta, maravilhosa, maravilhada com tudo né, vamos fazer, vamos fazer, e eu chego lá na frente na recepção, eu tenho que atender telefone, eu tenho que tirar ficha, eu tenho que ver sinais, depois eu tenho que dar continuidade ao que o médico então deu, se foi âhn, uma injeção, um curativo, eu vou fazendo

isso, então porque que eu, eu acho muito bom esse curso, mas nada me adianta eu chegar lá na minha cidade e tenho que ir pra frente do balcão. Nada me adianta. Eu como profissional fico muito triste e frustrada, porque eu não estudei para isso, eu amo muito a minha profissão, eu gostaria de estar fazendo o que realmente o SUS e as estratégias propõem (Solange).

A partir de algumas falas e expressivamente no seguinte excerto, compreendemos que, assim como existiam sentimentos de contentamento e de realização, junto vinham sentimentos de certa frustração e, de certo modo, até de incapacidade e de “paralisação”, que deixaram muitos profissionais chateados com o cenário em que estavam alocados:

[...] a gente conversou no início e nas falas que no papel tudo é muito bonito, a gente concorda, gostaria de fazer dessa maneira, mas na prática é totalmente diferente...eu trabalho no município desde que começou o PSF, como médica, na mesma unidade, são mais de quatorze anos e eu agora acabo de receber a notícia que eu tenho que ir para uma outra unidade para poder deixar entrar um colega do mais médicos, porque tem que ser uma unidade cadastrada, né. Então aí é complicado né, porque aí todos aqueles fundamentos, todos aqueles pilares da estratégia de saúde da família, que é o vínculo, que é conhecer a comunidade, que é ter uma boa relação médico- paciente, né, enfim que é estar trabalhando há tantos anos numa equipe e fazendo um bom trabalho sendo médica de saúde da família, eu tenho que sair, tenho que ir para uma unidade nova que eu nem sei onde que é, e vai entrar um colega que vai entrar agora, porque é um programa federal, porque a prefeitura vai economizar, porque eles não vão ter que pagar mais um salário, então assim é uma revolta muito grande, porque o que a gente faz, como a colega falou, é com amor é com carinho. Tu te especializaste nisso, porque é o que tu gostas, é o que tu queres, aí qualquer colega, que está fazendo um "bico", que está esperando para fazer uma residência entra né e tira teu lugar. Então é muito decepcionante essa parte da gestão, essa parte organizacional. E aí você se depara com uma situação que aí te tira, como a colega falou, o tesão pelo trabalho. E isso é um exemplo né, de tantos outros que acontecem. Aí tu pensas assim, se pensam na comunidade, não, se pensam no profissional que dedicou a vida por um trabalho, não, aí que é bom que venham profissionais que não tenham muita experiência, que tenham tesão pelo trabalho, que iniciem cedo, então é complicado, é complicado, acho que é isso (Rita).

Sabemos que os profissionais de saúde, de maneira geral, desenvolvem suas práticas a partir de competências e habilidades adquiridas por meio de um processo de formação que tem por base o acúmulo e desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias que, por sua vez, são orientados pelos princípios de racionalidade científica que lhes confere estatuto de “verdade”.

Diante disso, e das falas dos participantes, consideramos importante refletir sobre a temática Educação e Saúde, que surgiu em diversos momentos das gravações em vídeo. Em certos momentos, de forma sutil, subentendida, mostrando que no decorrer do curso os alunos foram se apropriando de novos conhecimentos e, a partir destes, foram refletindo sobre seus fazeres e viveres e de como estavam vivenciando esse momento. Em determinadas falas, verificamos o quão relevante foi a troca de experiências e de vivências, sendo repetido este último termo diversas vezes em diferentes momentos, assim como a importância do curso.

Para alguns profissionais, o curso propiciou novos olhares, causando, em alguns casos e momentos, uma certa frustração, pois a partir do momento em que sabiam e compreendiam como tinham que realizar as suas atividades ou deveriam se posicionar diante de determinada situação, notavam quanta dificuldade se tinha para executar tais ações no seu dia a dia, ou seja, na prática, na vida real. Alguns passaram a compreender situações e posicionamentos antes não compreendidos, deparando-se com verdades desmitificadas. Frente a isso, entendemos que o processo de educação na área da saúde é complexo e essencial para todos que participam e estão inseridos no contexto, que exige envolvimento de todos neste sentido.

Verificamos, também, que esses profissionais estão em busca de um entendimento não somente do processo de ensino, mas também da avaliação do processo educacional, que envolve não somente a equipe de trabalho, mas que vai muito além do processo de trabalho em si. É um processo que faz o grupo ao qual esse profissional pertence, e de que se está falando, refletir e avaliar sobre como eles se colocam como profissionais de saúde e como realizam esse processo. Questões importantes como motivação, comprometimento, integração são colocadas como pilares e, nesse processo de avaliação, podemos dizer que estão realizando um processo de avaliação autorregulatória (ZIMMERMANN, 2008; ANASTASIOU, 2007), pois estão refletindo sobre si e sobre a sociedade, pensando no que estão fazendo e como estão fazendo.

Podemos constatar, também, que existe uma certa alternância nas falas dos profissionais nos primeiros e nos últimos encontros presenciais, pois averiguamos que alguns passam a entender melhor qual é o seu papel na estrutura de saúde em que estão inseridos e a compreender, principalmente, como influenciam nos indicadores de saúde da comunidade, especialmente como os processos de educação em saúde fazem a diferença nos processos de trabalho da equipe.

Sendo assim, compreendemos que os três temas Gestão do SUS, Saúde da Família e Educação e Saúde, com seus subtemas, estão relacionados à avaliação das práticas diárias e aos serviços nos quais esses profissionais estão inseridos, demonstrando quais são os principais eixos temáticos que impactam nos processos de trabalho e no dia-a-dia dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, mais precisamente na Estratégia de Saúde da Família.

Os referidos temas estão diretamente relacionados ao processo avaliativo que os profissionais de saúde realizaram sobre si e sobre seu contexto no momento em que passaram a refletir sobre o seu fazer, sobre suas ações. Trocaram experiências e vivências com os outros profissionais e levaram-nas para junto de suas equipes de trabalho e alguns até mesmo para suas comunidades.

Sabemos que a avaliação possui diversas e diferentes metodologias, características e até mesmo posicionamentos, muitas vezes distintos e contrários dependendo da linha de pensamento do educador, e do que se pensa e se anseia em avaliar nos processos de ensino-aprendizagem. Contudo, o que estes processos avaliativos nos mostram é que são necessários processos de planejamento, de pensar o que se faz e como se faz. Refletir na ação, sobre a ação e na ação sobre a ação, em cada momento e em cada eixo, pois todos os temas e subtemas mostraram estar interligados e articulados, impactando direta ou indiretamente na forma como esses profissionais avaliam os serviços, as relações e a si mesmos.

Assim sendo, entendemos que a pergunta mais apropriada para estudarmos os materiais das gravações em vídeo dos encontros presenciais deveria ser: que temas emergiram das falas dos participantes, durante os encontros presenciais, que refletem sua avaliação sobre suas práticas profissionais? Poderia ter sido esta questão, tendo em vista que a ação avaliativa desenvolvida pelos próprios participantes era de temas de sua própria prática.

4.2. A FICHA DE AVALIAÇÃO VISTA DE OUTRA PERSPECTIVA

Normalmente, quando vamos utilizar ficha de avaliação ou questionários aplicados após o término de um curso ou atividade, pensamos em dados quantificáveis e mensuráveis, já que usualmente é nesse formato que esses instrumentos são elaborados. Isso ocorre, segundo Gil (1995), pois esta é uma forma de investigação que possibilita ao pesquisador atingir um grande número de pessoas






através de questões de fácil entendimento. Além disso, o autor ressalta que essa modalidade de instrumento avaliativo possui algumas vantagens consideradas pelos pesquisadores como: abrangência geográfica, já que pode ser enviada pelos diferentes meios existentes como correio, e-mail; e baixo custo financeiro, pois na maioria dos casos não exige treinamento de equipe para ser aplicado, possibilita anonimato, entre outros.

A equipe da UNA-SUS/UFCSPA, visando realizar um processo de avaliação do que foi executado, elaborou uma ficha de avaliação (Anexo A) com dez questões objetivas, demonstradas no quadro 5 e duas questões discursivas. As questões discursivas eram:

- a) Este curso foi importante para você? Por quê?
- b) Há algo mais que você gostaria de nos dizer?

Essa ficha de avaliação foi aplicada no final do último encontro presencial do Curso Introdutório de Saúde da Família, momento em que todos os educandos estão reunidos e os processos de educação propostos no plano pedagógico do curso já tinham sido finalizados. Nas questões objetivas, a ficha de avaliação propunha para o educando avaliar alguns critérios relacionados a atuação da tutoria e à sua própria participação no curso, os “aspectos individuais”, realizando um processo de autoavaliação, conforme quadro a seguir:

Quadro 5: Ficha de avaliação:

CRITÉRIOS					
1. Tutoria					
• Motivação					
• Mediação das discussões					
• Comunicação					
2. Aspectos individuais					
• Apoio dos gestores					
• Acesso à Internet					
• Interação com o ambiente virtual					
• Organização do tempo para fazer as aulas					
• Comprometimento					
• Motivação					
• Participação					

Entendemos que esse processo de avaliação realizado pelo educando ao preencher a ficha, pode fazer com que este educando reveja seu processo de aprendizagem neste momento. Ademais, contribui para a análise nesta pesquisa, pois traz conceitos de avaliação aqui trabalhados, como os conceitos de avaliação formativa e avaliação autorregulatória. Avaliação formativa, no momento em que o educando busca melhorar sua aprendizagem durante o processo de ensino (Perrenoud et al., 2002) e autorregulatória, quando esse aluno se auto avalia, olha sua motivação, refletindo sobre o que e como foi seu processo de ensino-aprendizagem, gerindo e dirigindo essa experiência e não sendo meramente um espectador, receptor de informações (ZIMMERMAN, 2008; ROSÁRIO, 2001; 2012).

Os dados quantitativos, oriundos das questões objetivas, serão abordados através de representação gráfica de cada pergunta objetiva da ficha de avaliação, com breve comentário sobre os resultados destes dados quantitativos. As questões discursivas serão analisadas através de procedimentos analíticos advindos da Linguística de Corpus, dando ênfase aos dados que consideramos de maior relevância para compreendermos quais categorias conceituais semânticas de cunho avaliativo surgiram através da análise das fichas de avaliação aplicadas após o término do curso.

4.2.1 Análise dos dados quantitativos

Na primeira edição do Curso Introdutório de Saúde da Família participaram 187 profissionais de saúde, sendo que destes 183 responderam a ficha de avaliação, gerando os seguintes dados das perguntas fechadas:

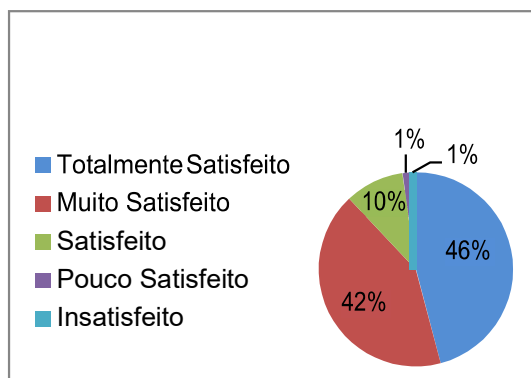
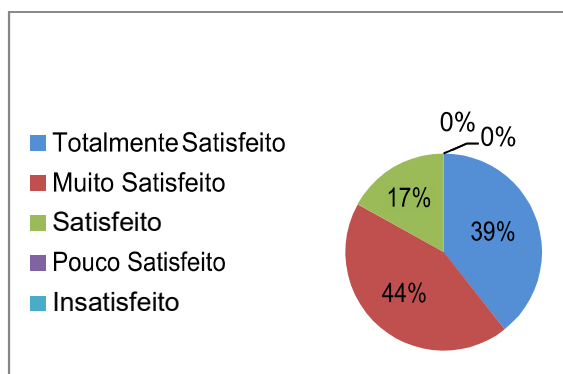
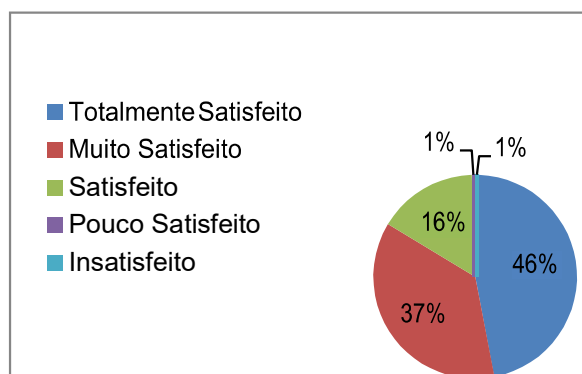
Tabela 1: Dados das 183 fichas de avaliação respondidas da 1ª Edição

CRITÉRIO	Totalmente satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito
Tutoria					
Motivação	84	77	18	2	2
Mediação das discussões	72	80	31	0	0
Comunicação	85	67	29	1	1
Aspectos individuais					
Apoio dos gestores	48	73	30	17	15
Acesso à Internet	37	67	34	34	11
Interação com o ambiente virtual	51	75	49	7	1
Organização do tempo p/ fazer as aulas	10	35	76	36	26
Comprometimento	43	89	39	10	2
Motivação	45	83	47	6	2
Participação	43	81	55	4	0

O tópico tutoria foi utilizado como critério de avaliação separadamente, pois é considerado ponto muito importante, já que o tutor é essencial para o bom andamento do processo educacional e para o sucesso de todo processo de ensino-aprendizagem.

O tutor exerce e tem um papel fundamental nesse processo, principalmente nos processos de ensino na modalidade a distância, já que sua atuação deve ser participativa, de forma ativa durante todo o processo de ensino e durante as práticas pedagógicas. Esse envolvimento com o educando no decorrer do processo de ensino, nas atividades, tanto de acompanhamento como de avaliação, é fundamental para o desenvolvimento do educando e para o sucesso do processo de ensino-aprendizagem proposto (BRASIL, 2007).

O papel do tutor, neste curso, foi avaliado pelos educandos em três tópicos na ficha de avaliação, que possibilitou a geração dos seguintes gráficos:

Gráfico 1: Tutoria - Motivação**Gráfico 2: Tutoria – Mediação de Discussões****Gráfico 3: Tutoria – Comunicação**

Observamos, nos gráficos acima, que a maioria dos educandos se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos com o papel e com a ação realizada pelos tutores durante o curso. Esse fato reforça a necessidade de se investir em bons profissionais tutores, pois estes possuem fundamental importância no processo educacional da educação a distância, principalmente nos processos educacionais que envolvem ensino-serviço.

Nos critérios relacionados aos tópicos dos aspectos individuais, as perguntas dizem respeito aos educandos, conforme gráficos abaixo:

Gráfico 4: Aspectos Individuais – Apoio dos Gestores

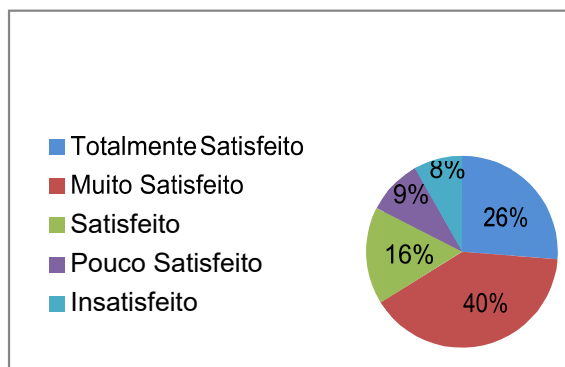


Gráfico 5: Aspectos Individuais – Acesso à Internet

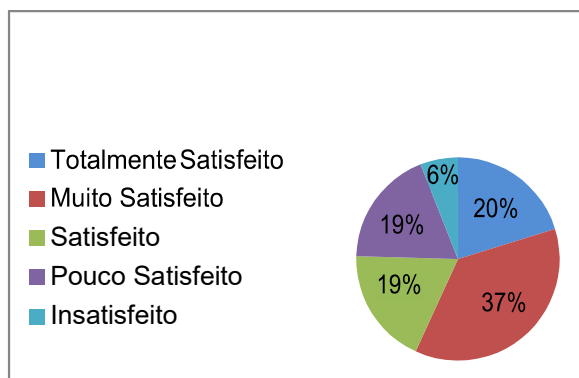


Gráfico 6: Aspectos Individuais – Interação com o ambiente virtual

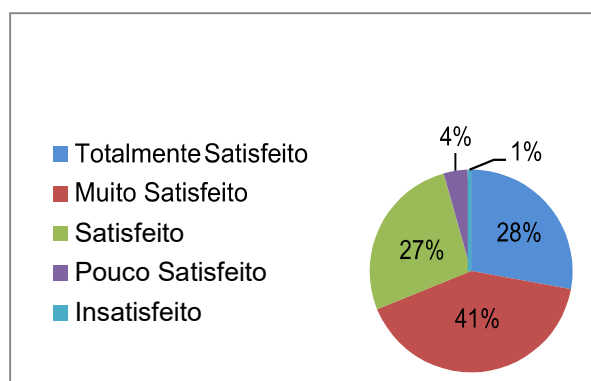


Gráfico 7: Aspectos Individuais – Organização do tempo para fazer as atividades

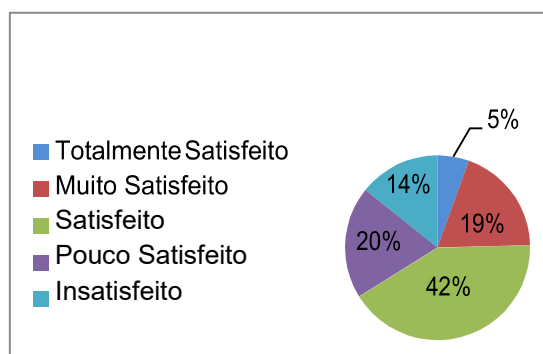


Gráfico 8: Aspectos Individuais – Comprometimento

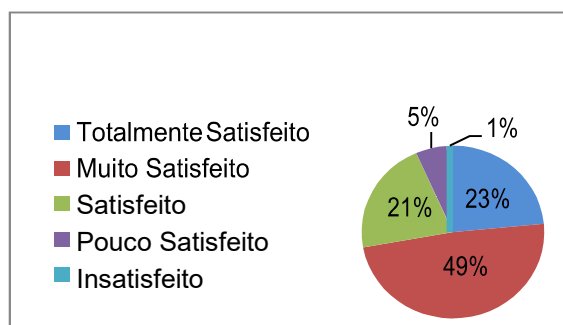


Gráfico 9: Aspectos Individuais – Motivação

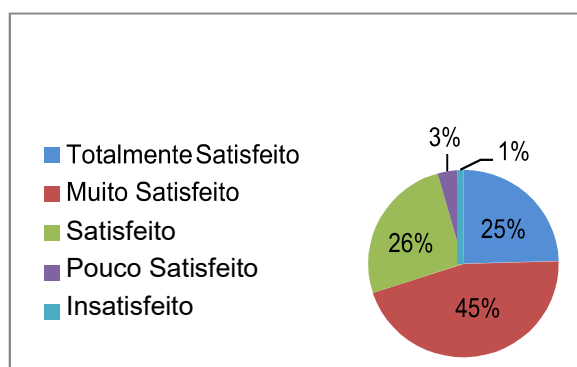
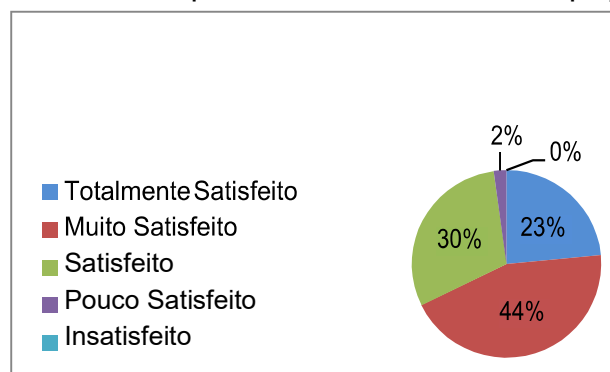


Gráfico 10: Aspectos Individuais – Participação



Verificamos, nas respostas dos educandos, que o apoio dos gestores foi satisfatório na sua maioria, o que era de se esperar, já que o curso foi uma proposta pactuada entre todos os secretários de saúde do Rio Grande do Sul. Infelizmente, alguns gestores não entenderam a proposta e não apoiaram seus colaboradores nesse processo de ensino, o que foi evidenciado nos dados e em alguns relatos como na análise anterior.

Quando analisamos o acesso à internet, verificamos que a maioria está satisfeita com as condições que possui. Não foi um aspecto complicador para os estudos, assim como a interação com o ambiente virtual, que demonstrou ser satisfatória para a grande maioria dos profissionais.

Observamos, assim, significativa aceitação, por parte dos educandos, da proposta de metodologia do curso, tanto no que se refere à motivação e à participação como ao comprometimento dos profissionais em relação às atividades do curso. Notamos que a questão do acesso à internet e a interação com o ambiente virtual ainda são pontos importantes a serem considerados no quesito da educação a distância, juntamente com a questão de organização do tempo para realização das atividades, em que eles devem se organizá-lo e geri-lo.

Sabemos o quanto as questões de organização do tempo na educação a distância são determinantes para o sucesso nesse processo educacional e verificamos, nos dados dos próprios educandos, como alguns apresentaram dificuldades para organizar seu tempo. A capacidade de se organizar e gerenciar o seu tempo para estudo é primordial, mas só é alcançada com disciplina, força de vontade e determinação. Somente com organização dos diferentes momentos, separando-os em lado pessoal, familiar e profissional, conseguir-se-á obter êxito nos estudos, sem estresse e posterior evasão do curso. Por isso, a dedicação não só do educando, mas do tutor é essencial no processo, através de apoio e acompanhamento constante (COELHO, 2014). Portanto, saber lidar com o tempo não é apenas uma orientação, é uma condição necessária para o sucesso nos estudos.

Acreditamos que isso tenha ocorrido em virtude das questões profissionais na sua grande maioria, já que o curso foi proposto numa metodologia em que o profissional de saúde realizasse suas atividades educacionais durante as atividades laborais, ou seja, necessitava do apoio dos gestores e de sua equipe para terem momentos de estudo durante o trabalho, o que muitas vezes não ocorreu. Além disso, essa forma diferenciada de estudo necessita uma nova forma de pensar o processo

de trabalho dentro da equipe de saúde, o que se tenta implantar com a Política Nacional de Atenção Básica e que demanda não só a compreensão dos gestores e dos colaboradores da equipe, mas dos próprios usuários dos serviços.

Na segunda edição, participaram 238 profissionais de saúde e 209 responderam a ficha de avaliação, gerando os seguintes dados:

Tabela 2: Dados das 209 fichas de avaliação respondidas da 2ª Edição

CRITÉRIO	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito
Tutoria					
Motivação	86	84	35	3	1
Mediação das discussões	74	98	29	6	2
Comunicação	85	75	42	6	1
Aspectos individuais					
Apoio dos gestores	29	71	66	28	15
Acesso à Internet	51	59	71	22	6
Interação com o ambiente virtual	15	71	93	17	13
Organização do tempo p/ fazer as aulas	15	65	90	34	5
Comprometimento	72	86	46	5	0
Motivação	75	85	47	2	0
Participação	91	67	46	5	0

No que diz respeito à tutoria, os dados que emergiram na segunda edição do curso não divergem da primeira edição, como podemos observar nos gráficos:

Gráfico 11: Tutoria – Motivação

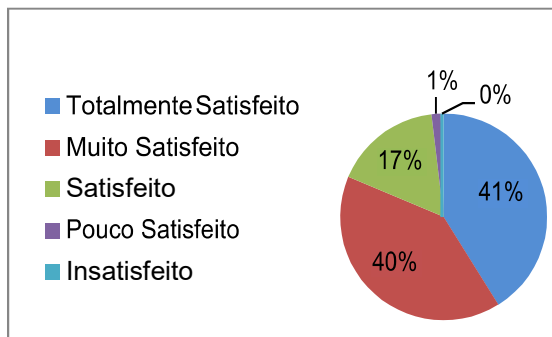


Gráfico 12: Tutoria – Mediação das Discussões

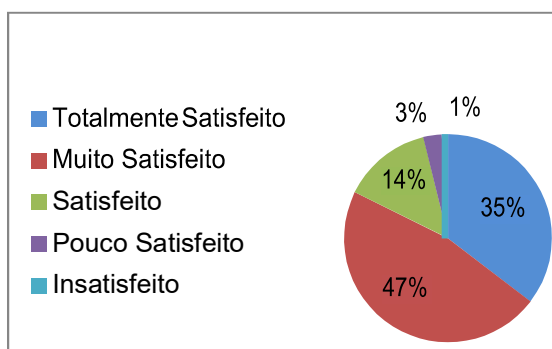
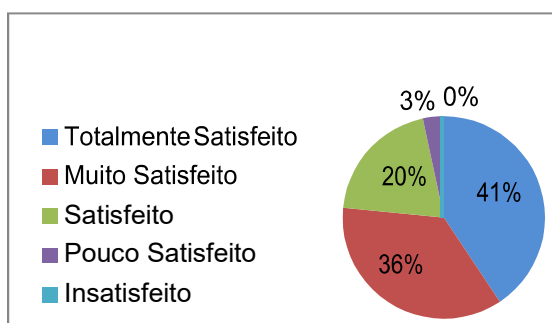


Gráfico 13: Tutoria – Comunicação



Notamos que na segunda edição o papel do tutor foi ponto essencial para o bom andamento do processo de ensino-aprendizagem. Seu trabalho tem significativa importância, já que a interação dos tutores junto aos educandos motiva e faz com que participem dos processos educacionais, fazendo com que esse profissional de saúde progrida e se mantenha no curso.

Diferentemente da primeira, a segunda edição possui características peculiares, pois ocorreu em um momento de eleições estaduais e federal, o que influenciou direta e indiretamente o trabalho dos profissionais de saúde que estavam realizando o curso. Além disso, estava sendo realizada no Brasil a Copa do Mundo.

No entanto, mesmo com todas essas situações, os educandos demonstraram comprometimento e motivação significativa para a realização do curso, como observamos nos gráficos a seguir:

Gráfico 14: Aspectos Individuais – Apoio dos Gestores

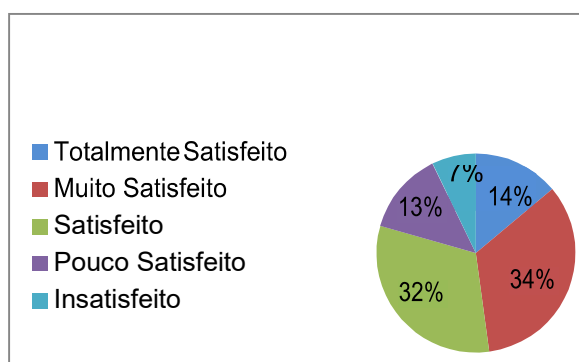


Gráfico 15: Aspectos Individuais – Acesso à Internet

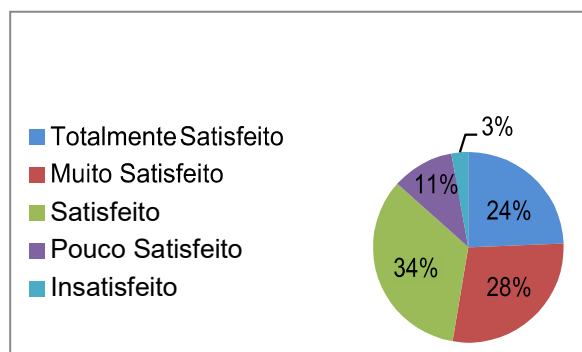


Gráfico 16: Aspectos Individuais – Interação com o ambiente virtual

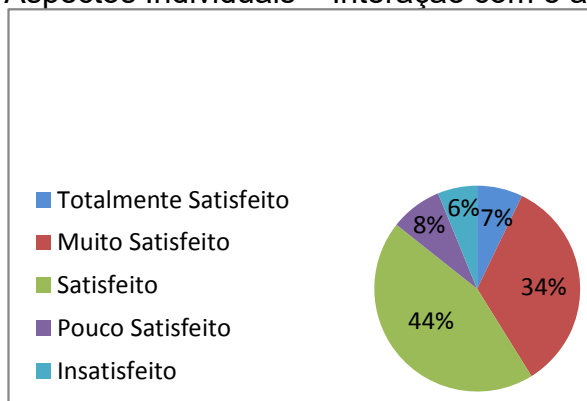


Gráfico 17: Aspectos Individuais – Organização do tempo para fazer as aulas

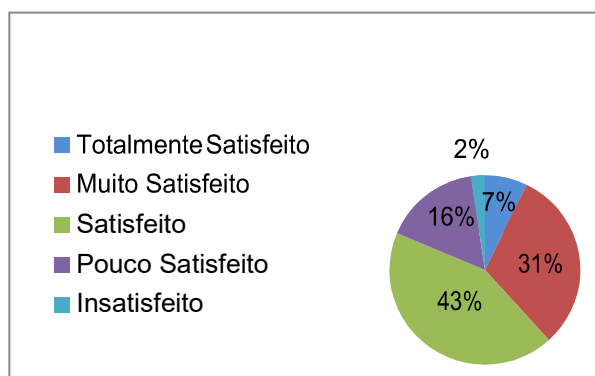


Gráfico 18: Aspectos Individuais – Comprometimento

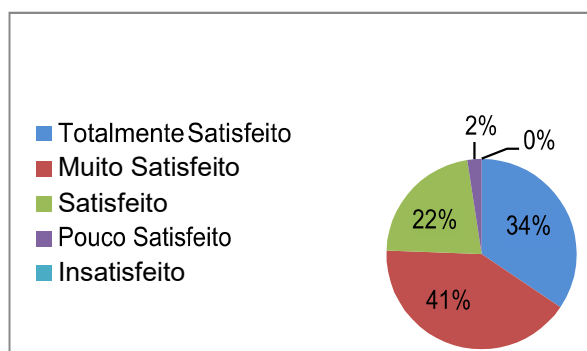


Gráfico 19: Aspectos Individuais – Motivação

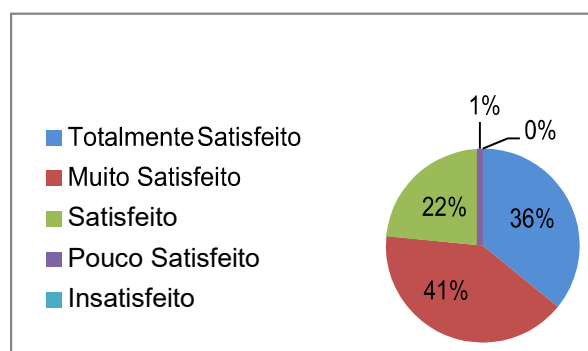
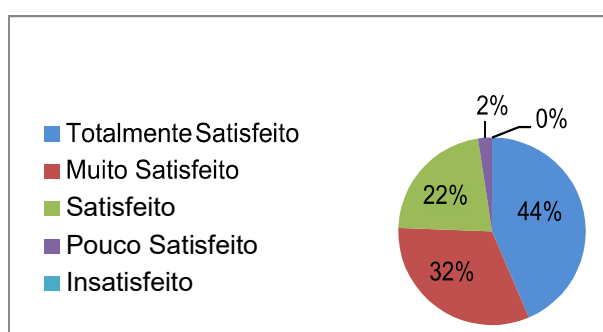


Gráfico 20: Aspectos Individuais – Participação



Perante todas essas questões, observamos que a grande maioria dos profissionais esteve satisfeito com o apoio que recebeu do gestor, mas notamos um número maior de profissionais insatisfeitos com essa situação. Provavelmente em virtude da situação política do momento da realização do curso, que implicou mudanças de gestores e, em determinados locais, o não entendimento do processo de ensino que estava em curso.

O acesso à internet e a interação com ambiente virtual foram melhores avaliados nessa edição, mas ainda verificamos que alguns apresentaram e relataram, como na edição anterior, problemas e dificuldades com acesso e com a interação com o ambiente virtual. Outro tópico relevante foi a organização pessoal de cada profissional de saúde e a participação desse junto com sua equipe de trabalho, para a realização das atividades e dos momentos de estudo. Notamos que, com as mudanças e com as articulações realizadas para a segunda edição, como aumento de carga horária para mais um mês de realização de atividades e nova pactuação junto aos gestores municipais de saúde dos municípios, ocorreu uma melhor otimização do tempo por parte dos educandos, fazendo com que todos se beneficiassem e aproveitassem melhor o curso, refletindo diretamente no aproveitamento e em sua avaliação.

Após olharmos e analisarmos todos estes dados quantitativos, podemos verificar que os educandos realizaram processos de avaliação tanto de cunho pessoal, quando realizam a avaliação dos aspectos individuais, como dos aspectos dos processos de ensino-aprendizagem, já que estão sendo questionados sobre a tutoria. Esse olhar de avaliação para o processo de ensino é complexo e, nas respostas da ficha de avaliação, podemos aferir que os educandos se propuseram a realizar o curso dentro da modalidade diferenciada proposta e que esta foi o grande diferencial.

4.2.2 Análise a partir da Linguística de Corpus

A Linguística de Corpus (LC), segundo Sardinha (2004), trabalha com a busca e a exploração de um conjunto de dados linguísticos textuais coletados, com o propósito de servirem para a pesquisa de uma língua ou variedade linguística. Na atualidade, a grande maioria dos estudos de LC utilizam programas de computador para realizar o processo analítico, mas Sardinha lembra que o processo de linguística

de corpus já era realizado desde a Antiguidade e Idade Média, quando se produziam corpora de citações da Bíblia.

No que diz respeito ao corpus, Sardinha ressalta que existem várias definições e conceitos, que muitas vezes confundem os pesquisadores sobre como utilizar esses dados linguísticos. Por isso, ele apresenta a seguinte definição:

[...] conjunto de dados linguísticos (pertencentes ao uso oral ou escrito da língua, ou a ambos), sistematizados segundo determinados critérios, suficientemente extensos em amplitude e profundidade, de maneira que sejam representativos da totalidade do uso linguístico ou de algum de seus âmbitos, dispostos de tal modo que possam ser processados por computador, com a finalidade de propiciar resultados vários e úteis para a descrição e análise (SARDINHA, 2004, p.18).

A partir dessa concepção, entendemos que *corpus* compreende tanto os textos escritos como os textos transcritos de falas e que nesta pesquisa, enquadram-se as respostas discursivas das fichas de avaliação. Optamos por esta metodologia de análise de dados, pois proporciona a investigação das informações contidas nas 392 fichas de avaliação através de uma ferramenta computacional que analisa aspectos estatísticos de forma minuciosa, centrada na concordância.

Atualmente, existem diversas ferramentas computacionais disponíveis para se realizar análise de dados. Neste trabalho, optamos por utilizar um *freeware*, o *AntConc 3.4.4w*, desenvolvido por Anthony Laurence (2011). É gratuito, ocupa pouco espaço no computador e é de fácil manuseio e compreensão. O programa possui várias funcionalidades, nesta pesquisa, utilizaremos duas: a lista de palavras (*word list*) e os *clusters*. A lista de palavras nos mostra o conjunto de todas as palavras existentes no texto estudado, ou seja, o número de palavras existentes no corpus. A partir dessa lista de palavras, conseguimos verificar quais palavras possuem maior relevância no conjunto de respostas discursivas decorrentes das fichas de avaliação analisadas das duas edições. Já os *clusters* são as palavras que “andam juntas”, ou seja, palavras próximas que fazem sentido quando associadas, e que, portanto, criam unidades semânticas.

Para realizarmos a análise do corpus no programa, foi necessária a digitação de todas as respostas discursivas das 392 fichas de avaliação no editor de texto Microsoft Word, criando um arquivo gravado em formato “.doc” único para a primeira edição e outro arquivo único para a segunda edição. Como o arquivo possui diversas

palavras que não serão “úteis” para a análise a que se propõe a pesquisa, como artigos, pronomes, preposições, entre outras, fez-se necessário o uso de uma *stop list* que, quando aplicada no programa, exclui essas palavras facilitando o processamento dos dados. Após convertemos os arquivos “.doc” em “.txt”, submetemos ao programa visando à adequada leitura e geração dos dados oriundos das respostas discursivas das fichas de avaliação aplicadas na primeira e na segunda edição do Curso Introdutório de Saúde da Família.

O programa gerou uma lista de palavras por frequência e, com base nas perguntas de pesquisa e na relação semântica dessas palavras que foram geradas pelo programa, elencamos e definimos, através da relevância e da frequência, as quatro palavras mais significativas para fazermos o levantamento de categorias conceituais semânticas de cunho avaliativo.

Na primeira edição, foram preenchidas 183 fichas de avaliação que, após serem submetidas ao programa *AntConc*, geraram, entre outras palavras, quatro de maior relevância no contexto pesquisado: **experiências, colegas, reflexão e aprendi**. Essas palavras, além de possuírem relevância com o tópico, também tinham significativa frequência, ou seja, apareceram mais vezes nas respostas discursivas, subsidiando a discussão sobre como os educandos compreendem o processo de avaliação.

A partir dessa seleção, realizaremos a análise individual de cada palavra. Para cada análise que iremos apresentar, demonstraremos um quantitativo de exemplos de dados gerados dos trechos em que estão as palavras escolhidas pela pesquisadora, subsidiando, assim o entendimento sobre o processo de análise realizado conforme quadro a seguir, no qual analisaremos a palavra “experiências”:

Quadro 6: Palavra “experiências

<p>[...] adorei as trocas de experiências [...].</p> <p>[...] aprendi bastante, a troca de experiências [...].</p> <p>[...] aprofundar conhecimentos, as trocas de experiências [...].</p> <p>[...] as trocas de experiências, vivências [...].</p> <p>[...] foi tudo muito bom, a troca de experiências [...].</p> <p>[...] avanço de conhecimentos, a troca de experiências [...].</p> <p>[...] o curso é bom por toda troca de experiências [...].</p> <p>[...] bom, aprendi bastante, valeu a troca de experiências [...].</p> <p>[...] novos conhecimentos e de troca de experiências [...].</p> <p>[...] conhecimentos e trocas de experiências [...].</p> <p>[...] experiências com os colegas de outros municípios trouxe um aprendizado [...].</p> <p>[...] experiências com outros profissionais, muito obrigada por nos trazerem conhecimentos [...].</p> <p>[...] experiências diferentes, o único problema é a conexão da internet [...]</p> <p>[...] experiências e de aprendizado, foi maravilhoso!</p> <p>[...] experiências e integração com novos colegas o que ajudou [...].</p> <p>[...] experiências e os materiais do curso, pq preencheram lacunas [...].</p> <p>[...] experiências foram muito importantes, vi conceitos que eu não conhecia [...]</p>

Ao analisarmos os *clusters* de “experiências”, podemos constatar que estão diretamente relacionados a trocas. Trocas de conhecimento, de vivências, de informações, demonstrando que o processo de ensino possibilitou a criação de uma rede de trocas de experiências que gerou aprendizado, conhecimento e novas vivências entre os profissionais de saúde que estavam participando do curso.

A palavra **experiência** emergiu em diversos momentos nas respostas discursivas nas fichas de avaliação. Podemos supor que a experiência está relacionada à vivência dos profissionais de saúde que estavam participando do curso, mas não temos como afirmar, pois, as fichas de avaliação não estavam identificadas com os dados dos respondentes.

Essa experiência pode ser interpretada como os conhecimentos prévios desses profissionais, conhecimentos estes adquiridos antes do curso e que no decorrer do curso foram de certa forma, aprimorados com os materiais e com os conhecimentos dos colegas de curso nos diversos momentos de atividades integrativas.

Entendemos, assim, que quando os profissionais de saúde realizam processos de ensino-aprendizagem com metodologias ativas, como as propostas no decorrer do curso, as vivências e experiências são potencializadas. Portanto, acreditamos que essa palavra tenha sido tão referenciada no final desse processo de ensino quando foi solicitado que o educando se manifestasse sobre o curso. O educando demonstra a necessidade de mais propostas educativas que possibilitem trocas de experiências e de vivências entre pares, em que o profissional possa relacionar a teoria com a prática, enxergando sentido no seu fazer diário. No próximo quadro analisaremos a palavra “aprendi”:

Quadro 7: Palavra “aprendi”

[...] a crescer e a continuar. **Aprendi** a não desistir [...].

[...] agradeço a todos! Foi muito bom, **aprendi** muito!

[...] era muito difícil estudar pelo computador, agora **aprendi** [...].

[...] **aprendi** bastante com os colegas. Agradeço pela oportunidade [...].

[...] **aprendi** mais sobre o SUS e as questões de saúde [...].

[...] **aprendi** muitas coisas novas, ampliou meus conhecimentos em APS[...].

[...] **aprendi** muito com as trocas de saberes. Precisava ter mais curso [...].

[...] **aprendi** muito com as trocas com os colegas e com as professoras[...].

[...] **aprendi** muito nestes dias! Precisamos de mais cursos assim [...].

[...] **aprendi** muito, aumentei meus conhecimentos e aprendi muito com vcs [...].

[...] **aprendi** sobre o SUS e poderei colocar em prática [...].

A palavra “aprendi” apareceu diversas vezes nas fichas de avaliação, demonstrando que o profissional de saúde considerou o processo de ensino-aprendizagem válido para seu contexto. Essa aprendizagem esteve relacionada a diferentes tópicos, como aprendizagem de processos de trabalho, aprendizagem de conhecimento científico, ou mesmo aprendizagem de formas de relacionamento

interpessoal com a equipe de trabalho.

Observamos relação entre a palavra “aprendi” e troca de saberes, aumento de conhecimentos, ressaltando que o profissional de saúde pretende colocar em prática o que aprendeu, agregando esses novos conhecimentos às suas vivências, superando as adversidades do cotidiano, demonstraram que realizam um processo de autoavaliação em determinados momentos. Muitos deles, nesses trechos, expuseram que desconheciam diferentes situações e saberes e que, a partir do curso, aprenderam e se autoavaliaram positivamente nesse processo de ensino-aprendizagem.

Já a terceira palavra foi “colegas”, que também se funde com as outras trabalhadas anteriormente, conforme quadro abaixo:

Quadro 8: Palavra “colegas”

[...] a troca de experiências com os **colegas** [...].

[...] aprendi muito com as trocas dos **colegas** [...].

[...] aproximação com os **colegas** [...].

[...] conhecimento do tutor e dos **colegas** [...].

[...] experiência e integração com novos **colegas** [...].

[...] um próximo encontro com os **colegas** [...].

[...] integração com novos **colegas** [...].

[...] aos **colegas** da cidade sugiro mais encontros presenciais para nos aproximarmos [...].

[...] os **colegas** da minha ESF e me fez pensar em como melhorar [...].

[...] os **colegas** de outros municípios trouxeram um aprendizado diferenciado [...].

[...] os **colegas** do grupo foram importantes para meu crescimento, gostei muito [...].

[...] os **colegas** e tutores para continuarmos nesse processo de aprendizado [...].

[...] **colegas** o que ajudou muito na instrumentalização do meu trabalho [...].

A palavra “colegas” emergiu em várias falas dos profissionais de saúde e foi considerada relevante no contexto de pesquisa, já que estamos trabalhando com profissionais de saúde que atuam em equipe de estratégia de saúde da família, composta por diferentes profissionais. Na ESF é essencial ter uma equipe harmônica, isso porque todos estão trabalhando em prol da saúde dos usuários de uma mesma comunidade, ou seja, todos são “guardiões” de quatro mil pessoas e, para que essas pessoas fiquem bem, os trabalhos devem estar alinhados já que estão diretamente ligados e correlacionados, assim como as informações.

Para se trabalhar na ESF, entendemos que se faz necessário que os profissionais de saúde estejam dispostos a dialogar uns com os outros, legitimando suas diferenças e semelhanças, descobrindo qual é a melhor estratégia de ação para determinada situação de saúde, elaborando em conjunto o planejamento das ações em saúde da comunidade em que estão inseridos (KRUG, 2010).

Esse processo só poderá ocorrer se a equipe estiver coesa e em sintonia. Em sintonia para elaborar a agenda semanal, quinzenal e mensal, do serviço de saúde, realizar o planejamento das ações de saúde que serão realizadas por todos, pensar nas estratégias de ação que a equipe irá fazer diante das situações problema que estão ocorrendo. Enfim, com uma boa equipe de trabalho todos “ganham”, inclusive a comunidade, que é atendida por profissionais satisfeitos e contentes por estarem trabalhando num bom ambiente de trabalho, com colegas que auxiliam e pensam no contexto e no bem comum.

Verificamos que “colegas” também apareceu no sentido de colegas de curso, pois muitos educandos acabaram fazendo amizade no decorrer do curso pelo que se verifica nas respostas discursivas de agradecimentos entre os pares. Isso nos demonstra um certo companheirismo entre os profissionais de saúde que participaram desse processo de ensino, até porque muitos passaram por situações semelhantes no seu cotidiano e, através de seus relatos, podem auxiliar os outros, mesmo não pertencendo à mesma equipe, ou estando na mesma comunidade ou cidade.

A palavra “colegas” veio agregada à troca de experiências, mostrando novamente como é importante para os profissionais a troca entre os pares, enfatizando a complementariedade e a transversalidade de conhecimento e de vivências. Além disso, está presente a questão da interação com colegas de outras ESF e de outros municípios, sendo solicitada a continuação de momentos de encontros para que se mantenha esta interação entre os diferentes pares, unindo

forças para fortificar este grupo.

No que tange à palavra “reflexão”, temos o seguinte quadro:

Quadro 9: Palavra “reflexão”

<p>[...] o curso serviu como dispositivo para reflexão [...].</p> <p>[...] porque trouxe mais informações, conteúdo e reflexão [...].</p> <p>[...] as atividades do curso servirão como dispositivo para reflexão [...].</p> <p>[...] possibilitou pausa para reflexão [...].</p> <p>[...] consegui fazer a reflexão [...].</p> <p>[...] várias vivências que me levaram a reflexão [...].</p> <p>[...] reflexão para algumas mudanças frente às dificuldades [...].</p> <p>[...] reflexão junto a toda equipe [...].</p> <p>[...] reflexão do meu papel na ESF. [...].</p>
--

A palavra “reflexão” apareceu em vários momentos no decorrer deste trabalho. Entendemos que isso ocorreu devido às atividades do curso que funcionaram como ações disparadoras para que os educandos realizassem esses momentos de reflexão, saindo de suas “zonas de conforto”. Nesses momentos, eles não só ponderavam questões do seu cotidiano profissional, mas também sobre sua vida acadêmica, sua formação e como esta influencia na sua atuação. Verificamos, ao analisar o contexto em que essa palavra se encontra, que os profissionais de saúde “pararam” por certo instante para refletir sobre seus processos de trabalho e sobre seu papel como profissional de saúde e sobre o que estão fazendo.

Notamos que as atividades e as leituras que foram disponibilizadas durante o curso foram disparadoras para esse momento de reflexão, pois possibilitaram a esse profissional subsídios para refletir em suas ações, o que muitas vezes, no “corre-corre” do dia a dia, não é possível realizar. Mais uma vez, o processo de educação permanente em saúde é um ponto essencial para esse profissional de saúde que necessitou de um curso para ter um momento de pausa para refletir sobre suas práticas, sobre suas ações, o que poderia estar acontecendo se os processos de educação permanente estivessem acontecendo regularmente.

Quando olhamos para o quadro dos *clusters*, verificamos que o termo “reflexão” está conectado a mudanças, ou seja, os educandos passaram a refletir nos seus

processos de trabalho, ou como alguns mesmo colocaram, o curso foi um dispositivo para mudança, para reflexão do que e como estão fazendo. Notamos, então, que o educando está realizando processo de avaliação, não somente de si, mas de todo o contexto no qual se encontra inserido.

Na segunda edição, das 209 fichas de avaliação respondidas, consideramos que as quatro palavras dentre as mais frequentes e mais relevantes geradas pelo programa *Antconc*, para o contexto da pesquisa, são **trabalho**, **experiência**, **realidade** e **aprendi**. A palavra “trabalho” apresentou-se da seguinte forma:

Quadro 10: Palavra “trabalho”

[...] o **trabalho** que fazemos como ESF [...].
 [...] **trabalho** 12 anos na secretaria de saúde [...].
 [...] um **trabalho** comprometido com o SUS, precisamos conhecer [...].
 [...] **trabalho** do dia-a-dia, discussão de [...].
 [...] **trabalho** eficaz, buscando um aperfeiçoamento [...].
 [...] o **trabalho** em equipe, isso me motivou [...].
 [...] refletisse sobre o meu modo de **trabalho** [...].
 [...] a mudar meus processos de **trabalho** [...].
 [...] agregando esses conhecimentos ao meu **trabalho** [...].
 [...] esclarecimentos nos incentivando para um **trabalho** [...].
 [...] mais preparado para desenvolvimento do meu **trabalho** [...].
 [...] motivou questionamentos na minha equipe de **trabalho** [...].
 [...] proporcionou novos olhares no ambiente de **trabalho** [...].

Entendemos que a palavra “trabalho” aparece no sentido de como o profissional de saúde se enxerga no seu local de atuação e como ele se vê com sua equipe. Esse questionamento remete muito a nossa discussão anterior sobre a palavra “reflexão”, só que, neste contexto, entendemos que ela vem atrelada à palavra “trabalho”, diferentemente do que veio nas fichas de avaliação da primeira edição, onde estava na palavra “reflexão”. Pois aqui está, pensamos nós, subentendida nos meandros do profissional que diz que busca conhecer, que quer se motivar, que quer refletir, que quer discutir, ou seja, quer parar para pensar no que está a fazer, como está a fazer e porque está a fazer no seu trabalho, no seu cotidiano diário.

Assim, esse profissional demonstra que não quer pensar isoladamente, ele anseia um compartilhamento de ideias, de trocas de experiências, de conhecimentos que o motivem a continuar nessa caminhada coletiva, que gera novos olhares, novos traçados e novas descobertas. Demonstaram que estão dispostos a trilhar caminhos novos, desde que a equipe esteja unida e comprometida, com base sólida, fortificada, sedenta por conhecimento científico e por vivências que possam alicerçar suas novas trajetórias.

Quando analisamos o quadro, verificamos que o trabalho está interligado às atividades desse profissional de saúde, ou seja, como ele vê o seu trabalho e o da sua equipe, como o curso auxiliou a melhorar seu processo de trabalho agregando conhecimento, incentivando a novas formas de pensar o fazer diário. Enfim, a palavra “trabalho” demonstrou como esse educando avaliou o seu aprendizado em relação ao seu trabalho. Já a palavra **experiência**, também apresentada na primeira edição, trouxe os seguintes dados:

Quadro 11: Palavra “experiência”

[...] a **experiência** foi válida e muito proveitosa [...].

[...] ótima a **experiência** com diversos profissionais de outros municípios [...].

[...] **experiência** com os demais proporciona reflexão [...].

[...] **experiência** entre os profissionais, repensar novas práticas [...]. [...]

experiências, correlacionando com o conteúdo estudado [...].

[...] ampliar conhecimentos e proporcionar trocas de **experiências** [...].

[...] aperfeiçoar conhecimentos, compartilhar/troca de **experiências** [...].

[...] aprendi conteúdos que eu desconhecia e a troca de **experiências** [...].

[...] novas realidades, aprofundar conhecimentos, troca de **experiências** [...].

[...] qualificação, novos conhecimentos, troca de **experiências** [...].

A palavra “experiência”, como não poderia deixar de ser, surgiu novamente como uma das mais frequentes e relevantes geradas pelo programa, reforçando o que já foi explanado anteriormente. Nessa edição, os educandos também reforçaram a importância da experiência vinculada ao conhecimento, o que demonstra como os profissionais almejam processos educacionais que possibilitem a união da teoria com a prática, fazendo com que se congregue o que eles vivenciam no seu dia a dia com o que eles estão estudando, pois isso facilita muito seu aprendizado, além de efetivamente qualificar seu trabalho.

“Experiência” vem geralmente com as palavras “conhecimento”, “trocas” e “aprendizagem”, demonstrando como os educandos realizaram procedimentos de autoavaliação e de reflexão sobre a ação e ação sobre a reflexão no decorrer do processo de ensino-aprendizagem. Ademais, torna-se relevante observarmos que a experiência vem tanto dos profissionais como dos conteúdos, ou seja, são experiências de vida e experiências científicas, acadêmicas, uma complementando a outra e não se sobrepondo.

Quando partimos para a análise da próxima palavra, “realidade”, temos a seguinte relação:

Quadro 12: Palavra “realidade”

- [...] **realidade** das diferentes cidades do estado do RS[...].
- [...] **realidade** de outros municípios através da roda[...].
- [...] **realidade** vem mudando e acredito que este é o caminho[...].
- [...] **realidade**, às vezes dura que enfrentamos[...].
- [...] ampliar conhecimentos, construir a **realidade**[...].
- [...] o curso foi bom porque o material não era distante da **realidade**[...].
- [...] provocou discussão sobre a **realidade**[...].
- [...] fórum permanente de discussão sobre a **realidade**[...].
- [...] mais motivada para transformar a minha **realidade**[...].
- [...] pq assim podemos entender mais da **realidade**[...].
- [...] ver conceitos novos, além disto, percebia **realidade** [...].

“Realidade”, além de ter sido utilizada com alta frequência, é uma palavra que muitos educandos e profissionais da saúde rotineiramente utilizam quando participam de processos educativos, pois geralmente expressam que realizam formação e que o que aprendem não condiz com a realidade em que atuam, o que infelizmente é comum. Tanto é comum que o Brasil vem atravessando, nos últimos anos, um processo de reformulação dos currículos de graduação das faculdades para tentar adequá-los a essas condições, para que os processos sejam mais pertinentes à realidade atual, bem como para que os profissionais saiam da academia mais preparados para o que realmente vão encontrar no dia a dia de um serviço de saúde.

Outro ponto associado à “realidade” diz respeito a como os profissionais estão “encarando sua realidade”, já que alguns acabam por trabalhar na sua unidade de saúde e pouco “interagem” fora da comunidade em que estão, ou pior, nem interagem com a comunidade e, a partir do curso passaram, a olhar ao seu redor sob uma outra perspectiva, sob um outro ângulo. Isso fez com que muitos começassem a entender, pelos trechos apontados pelo programa, que sua realidade pode ser diferente e que não é tão ruim como parece ser, ou mesmo que ele, como profissional de saúde e como membro ativo daquela comunidade, pode auxiliar e modificar aquele cenário, já que é um protagonista dele.

A palavra realidade está relacionada com os aspectos do cotidiano dos profissionais que participaram do curso, ou seja, com o que eles vivem no seu município, no seu serviço de saúde. Além disso, foi através desta aproximação das atividades do curso com a realidade dos profissionais que foi possível o movimento de pensar novas formas de se planejar as ações e, conseqüentemente, transformar a realidade atual, que muitas vezes se apresenta como difícil e dura.

A palavra **aprendi**, possui frequência e relevância tanto na primeira edição como na segunda edição, sendo os seguintes trechos analisados:

Quadro 13: Palavra “aprendi”

[...] adorei as discussões, **aprendi** muito!
 [...] colocar em prática tudo o que **aprendi** [...].
 [...] com valentia, valeu, **aprendi** muito, conheci [...].
 [...] conheci muita gente legal e **aprendi** bastante [...].
 [...] vou colocar em prática o que **aprendi** [...].
 [...] **aprendi** bastante com as trocas[...].
 [...] **aprendi** bastante, mas prefiro aula ao moodle[...].
 [...] **aprendi** coisas novas e conheci outros profissionais [...].
 [...] **aprendi** muito com os colegas que trabalham [...].
 [...] **aprendi** muito nesse tempo do curso [...].
 [...] **aprendi** sobre linhas que norteiam o SUS [...].
 [...] **aprendi**, agora vi que muita coisa tenho que fazer [...].
 [...] **aprendi**, me sinto feliz por ter vindo [...].

Notamos que a palavra “aprendi” está envolvida tanto com “aprender” de conhecimento científico, como com conhecer pessoas, fazer novos relacionamentos, trilhar novas jornadas, tecer novos panos. Nesse momento, os profissionais estão relatando que puderam crescer juntos, num processo de trocas, com pessoas que detinham mais vivências em alguns quesitos que outros e que todos estavam dispostos a juntos construir uma grande rede de integração de conhecimento e de vivência. Esse processo de ensino-aprendizagem, em que ninguém sabe mais que ninguém e em que todos estão dispostos a compartilhar seus conhecimentos transversalmente, faz com que exista uma aceitação por parte de todos os pares que participam desse processo de troca, como podemos vislumbrar nos trechos gerados pelo programa.

Constatamos que os educandos, tanto da primeira edição como da segunda edição, foram instigados a sair da zona de conforto com os materiais e atividades, além dos encontros presenciais, fazendo com que muitos comesçassem a refletir sobre seus processos de trabalho, suas ações, suas formas de planejamento em equipe, enfim, pois os excertos gerados pelo programa demonstram sucintamente que esse movimento ocorreu. Por fim, acreditamos que o curso suscitou momentos de

discussões importantes, que geraram certamente frutos significativos nas equipes destes profissionais de saúde, haja vista os relatos gerados no referido corpus.

4.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O RELATÓRIO TÉCNICO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

Paulo Freire

Nesta última etapa de análise, vamos trabalhar com o relatório técnico (RT) entregue à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Esse documento atende à etapa final da execução do convênio firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde e a AMTEPA/UNA-SUS/UFCSPA, que é a etapa de prestação de contas, conforme estabelecido na Lei n.º 8.666/93 e demais normativas legais.

A prestação de contas é composta por um conjunto de documentos contábeis, que engloba notas fiscais e outros comprovantes das movimentações financeiras ocorridas durante a execução do curso. Seu objetivo é comprovar a correta aplicação dos recursos financeiros recebidos de acordo com o plano de trabalho. Juntamente com os documentos contábeis, é entregue o relatório técnico de cumprimento do objeto, a saber, o curso de formação realizado. Nesse relatório, são apresentadas as ações planejadas e programadas no plano de trabalho, demonstrando o cumprimento do objeto pactuado quando da assinatura do convênio.

A equipe de coordenação do curso introdutório redigiu o relatório técnico com dados e análise referentes à execução das duas edições do curso, fazendo suas considerações sobre a relevância deste para os profissionais de saúde. O relatório técnico continha trechos de relatos dos educandos enviados por e-mail para a coordenação do curso ou trechos dos fóruns para subsidiar as informações prestadas na prestação de contas. O relatório foi entregue ao final do curso à equipe técnica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, para que esta realizasse a análise, a avaliação e a aprovação do referido documento, finalizando os trâmites administrativos de acordo com as prerrogativas legais.

No relatório técnico, fica evidenciado que o Curso Introdutório foi um processo educacional marcante na Educação em Saúde no Estado, pois foi a primeira vez que se realizou um curso na área da saúde na modalidade de educação a distância, semipresencial, com encontros regionais, em que os profissionais de saúde puderam realizar o curso nas suas cidades ou proximidades, sem a necessidade de deslocamentos contínuos, realizando dois deslocamentos na sua região e um para a capital do Estado. Isso favoreceu a participação de diferentes profissionais de saúde, principalmente dos profissionais médicos, que historicamente não participam de processos de formação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul por terem que se ausentar de suas cidades por mais de um dia.

O texto do relatório inicia explicando a importância da Estratégia de Saúde da Família e como a APS faz diferença no processo de saúde da comunidade em que a equipe de saúde atua. Apresenta, também, um contexto histórico de como o curso foi idealizado e planejado pedagogicamente, explicando os propósitos e os trâmites burocráticos que precisaram ser realizados para que se realizasse. Foram enfatizadas as conversas entre os diferentes pares que compõem o Sistema Único de Saúde, ou seja, profissionais de saúde, gestores, controle social, pois sabemos o quão complicada é a ausência dos profissionais de saúde de seu ambiente de trabalho para a realização de processos de formação, conforme narrado no próprio relatório:

Para que este profissional possa passar por momentos de formação, na maioria das vezes faz-se necessário seu deslocamento e, conseqüentemente, sua ausência do ambiente de trabalho por um período, o que na atual conjuntura não é "bem visto" nem pela comunidade nem pelos gestores, infelizmente (R.T, 2014, p. 03).

Além dessa prerrogativa, o relatório traz, para a reflexão, as falas dos educandos sobre o quanto necessitam de processos de formação sobre o Sistema Único de Saúde e como os cursos de graduação ainda não contemplam esta realidade, como descrito pela educanda:

Eu gostaria de ter recebido este curso há 10 anos atrás, quando iniciei o trabalho em Saúde Pública e na Estratégia de Saúde da Família. O início foi extremamente difícil, pois eu recebi poucas informações na faculdade a respeito do SUS (RT, 2014, p. 08.)

A falta de diálogo entre os cursos de graduação e as necessidades do Sistema Único de Saúde vêm repercutindo há algum tempo em novas formas de pensar os processos educacionais em saúde. Isso vem suscitando mudanças nos currículos das graduações de saúde, demonstrando que essas são necessárias para que as disparidades deixem de existir ou pelo menos diminuam. Rossoni (2004) faz um levantamento de vários estudos que apontam essa temática e que reforçam que existe a necessidade de se trazer para o meio acadêmico a realidade que os estudantes encontram na sua prática profissional, trabalhando as questões de humanização do cuidado juntamente com a tecnologia e buscando a melhor resolutividade nas questões da saúde.

Essa reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, a qual foi elencada pelas coordenadoras do curso no relatório, vem ao encontro da concepção do profissional reflexivo (SCHÖN, 2000). Profissional esse que pensa ao realizar sua ação, construindo e reconstruindo caminhos a partir de sua ação. Notamos que muitos profissionais que participaram do curso introdutório avaliaram o curso como um momento importante para seu processo de crescimento profissional, pois tiveram a oportunidade de realizar um processo de aprendizagem que possibilitou a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Esses momentos foram ocorrendo no decorrer das atividades e se acentuaram nos encontros presenciais, nos quais os educandos eram instigados, através de discussões de casos reais, a pensarem como solucionariam fatos de seu cotidiano, tendo que exercer esse momento potente de reflexão.

De acordo com Schön (2000), a reflexão se revela em momentos inesperados, geralmente decorrente de uma ação, de um conhecimento, mas nem sempre esse conhecimento é suficiente. O autor sugere que tanto os educadores como os educandos passem a pensar na formação de um profissional tendo como base a valorização do conhecimento prático, ou seja, que utilizem seu conhecimento prévio nos processos de reflexão, análise e problematização das situações que se quer estudar para que juntos possam construir o conhecimento e as soluções para cada situação. Esses momentos servem para um processo de reflexão à luz de um pensamento nas três modalidades propostas por Schön (2000): reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação.

A reflexão na ação ocorre durante as trocas, na prática educativa, no processo educacional, quando se possibilitam momentos de reflexão sobre o fazer diário em

conjunto com os pares. Esse é considerado, segundo Schön, o momento surpresa do processo reflexivo, pois está além das expectativas e do planejado.

Já a reflexão sobre a ação vem posteriormente, quando se olha o que sucedeu, tentando compreender como a ação que realizamos contribuiu para o resultado naquele momento, nos fazendo refletir sobre o que está sendo executado. Assim, permite um novo olhar e, se necessário, novas tomadas de decisões para um resultado diferente ao final do processo. Na reflexão sobre a reflexão na ação, o profissional de saúde irá olhar para a ação, analisando o que foi planejado e executado, observando como os processos ocorreram e refletindo sobre eles, atribuindo significado e sentido para o que aconteceu.

Verificamos, nos excertos contidos no relatório técnico apresentado para prestação de contas, que o processo de reflexão na ação ocorreu em algumas fases do curso. Compreendemos esse processo de reflexão na ação como um pensar no que se faz e ir pensando conforme se vai fazendo, ou seja, criando um processo de aprendizagem especial para todos que participam do processo educacional, tanto o tutor como o profissional de saúde, pois ambos refletem conjuntamente sobre suas ações.

Percebemos que o processo de reflexão implica diferentes sentimentos e pensamentos do educando, como compreensão, empatia, nervosismo, paixão, entre outros, uma vez que nesse processo de refletir sobre a ação e refletir na ação estamos pensando sobre o que fazemos e como fazemos, diferente de simplesmente fazermos mecanicamente, sem refletir sobre nossos atos. A ação reflexiva é uma forma de pensar sobre onde o educador se coloca na posição de como ele está fazendo e realizando suas ações e não como ele está executando a partir das técnicas e orientações que lhe foram demandadas, mas sim sobre como o que ele faz reflete em relação ao que os seus educandos trazem de retorno durante os processos de aprendizagem. Esse é o processo que Schön designa como reflexão na ação, processo este que diverge um pouco do processo de reflexão sobre a ação. O processo de reflexão sobre a ação geralmente ocorre após a ação já ter ocorrido e serve justamente para aprimorar as próximas ações a serem realizadas.

Realizar o processo de reflexão na ação é raciocinar, ponderar, refletir nos processos durante sua execução, o que proporciona sentimentos singulares e peculiares para o educando e para o educador, uma vez que ambos estarão disponíveis para novas descobertas e novidades, dispostos a transcorrer caminhos

poucos ou nunca trilhados. Essas premissas ocorreram no decorrer do Curso Introdutório, pelo que se verifica no relatório técnico, quando as coordenadoras relatam:

[...] verificamos a necessidade de pensar em um processo educacional que pudesse ser levado para dentro das equipes de saúde, então discutiu-se com a equipe técnica da Secretaria Estadual da Saúde e a equipe da UNA-SUS/UFCSPA a disponibilização de todo material em DVD para que a equipe pudesse acompanhar as discussões dos profissionais que estavam fazendo o curso e assim enriquecer as discussões internas e proporcionar um crescimento transversal, o que foi muito produtivo e inovador (RT, 2014, p. 06).

Isso ocorreu diante das constantes discussões e processos de reflexão sobre ação e reflexão sobre a reflexão da ação, desencadeando novos pensares entre os profissionais de saúde que iniciaram discussões reflexivas entre as equipes, internamente e externamente, criando comunidades, grupos, rodas de conversas, buscando trocas de experiências e vivências, fomentando conhecimento sobre saúde pública, sobre o SUS, e partindo justamente, portanto, da premissa do profissional reflexivo. Profissional este que relata que, mesmo cansado, às vezes desanimado com algumas situações e contrapontos que enfrenta no dia a dia, não quer desistir, como no relato enviado pela educanda e reproduzido no relatório:

Depois de oito horas de viagem, entre ida e volta, finalmente em casa. Cansada, mas satisfeita com as sementes plantadas no introdutório, espero ter "pernas" para continuar na busca de conhecimento. Desejo a todos sucesso na sua trajetória (RT, 2014, p.08).

Esses relatos demonstram que a educação em saúde traz (e implica) movimentos muito importantes para o profissional de saúde que atua diretamente com a comunidade, pois esta precisa de um olhar especial. Além disso, não basta pensar em processo de educação sem pensar em valorização do conhecimento prático, como Schön (2000) sugere, de forma que se utilize conhecimento prévio para os processos de reflexão e problematização da situação que se quer estudar e debater, construindo conjuntamente o conhecimento.

De acordo com o autor, é observando as práticas e falas dos profissionais que conseguimos realizar um processo de reflexão sobre as ações que realizamos e,

assim construirmos novas tomadas de decisões. As conversas entre diferentes pares oportunizam um importante momento de troca de experiências que enriquece e propicia a reflexão tanto na ação quanto sobre a ação.

No relatório técnico, são registrados alguns destes momentos, que entendemos serem de reflexão tanto na ação como sobre a ação, quando analisamos trechos dos educandos que dizem: “[...]conversando com meus colegas surgiram várias ideias de mudança [...] foi muito proveitoso!” (R.T, 2014 p. 09).

Acreditamos que esses momentos ocorreram tanto para a realização das atividades do curso como nas reuniões de equipe, em que acontecem as discussões sobre processo de trabalho e são avaliadas, de forma mais clara, quais ações e estratégias foram adequadas e inadequadas nas ações executadas pela equipe da ESF. Assim, potencializa-se a reflexão de todos sobre os processos realizados no cotidiano, impactando direta e indiretamente na saúde da comunidade.

Os materiais do curso proporcionaram, aos profissionais de saúde, elementos para novas trocas de experiências e, em alguns casos, para que iniciassem esse processo de reflexão consigo e com sua equipe de trabalho, sentindo-se até mesmo provocados a sair da zona de conforto e a continuar a exercer suas atividades laborais com afinco, conforme a mensagem reproduzida abaixo no relatório técnico:

Muito bom ler os relatos dos colegas aqui no fórum. Começa a aparecer um bilhão de pensamentos, análises situacionais, percepções que as dificuldades existem, mas que em cada lugar tem um profissional pensante, e que se sente provocado com o que visualiza na prática. Acho que é um bom começo, não deixar a acomodação nos contagiar. Parabéns, pessoal! Gostaria de tê-los em "minhas" equipes. (RT, 2014, p.10).

Notamos que são esses relatos, como os outros que constam no relatório e assim como as respostas discursivas já trabalhadas em capítulo anterior, que demonstram a importância de processos de ensino-aprendizagem que englobam metodologias ativas, com interação da teoria e da prática.

Ao final do relatório são apresentados os dados quantificáveis, baseados nas fichas de avaliação. Neste capítulo, não iremos aprofundar a análise dos dados referente às fichas de avaliação, visto que esse tópico foi tema de análise detalhada e minuciosa de capítulo anterior. Consta, no relatório técnico, que na primeira edição foram disponibilizadas 300 vagas, sendo 274 ocupadas por profissionais de saúde de

diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul. Desses 274, 187 concluíram efetivamente o curso. Na segunda edição, foram ofertadas 350 vagas, com 288 profissionais matriculados e 238 concluintes. Sendo assim, obteve-se um êxito de 75% de aprovação dos profissionais que realizaram o curso, o que é um dado significativo para a modalidade de educação a distância para esse tipo de proposta.

É também apresentado um apanhado das respostas discursivas, sendo explicado cada item, de maneira geral, ou seja, colocando quais foram os pontos fortes do curso, como a troca de experiências, os encontros presenciais, a cidade virtual, o material, o curso ter incitado as reuniões de equipe nas ESF e aproximação de profissionais de outras localidades. Como pontos fracos, citam-se a falta de apoio dos gestores, a conexão da internet, a interação com o ambiente virtual e a dificuldade de se organizar para estudar.

Por fim, grifa-se sobre a importância do curso nos processos de trabalho e nos indicadores de saúde das comunidades em que os profissionais de saúde que realizaram o curso trabalham, pois sabe-se que um profissional comprometido reflete diretamente nas suas ações, impactando no seu processo de trabalho. Cabe-nos ressaltar que a pesquisadora, à época da realização do Curso Introdutório, fazia parte da equipe de coordenação do curso, sendo responsável pela elaboração do referido relatório. Ao realizarmos esta análise, já existindo um certo distanciamento temporal, ocorrendo uma alteração da perspectiva e do ponto de vista da autora sobre o ocorrido, esta possui, neste momento, um outro olhar. Olhar este hoje sustentado pela concepção de Schön, no que diz respeito à concepção reflexiva do profissional, quando este passa a refletir sobre a ação e, principalmente, sobre a ação na reflexão, passando a reavaliar suas posições e seus processos de ensino-aprendizagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Se quer plantar para poucos dias,
plante flores. Se quer plantar para
anos, plante árvores. Se quer
plantar para eternidade, plante
ideias.*

Provérbio Chinês

Ao final deste estudo, que buscou respostas para a questão orientadora desta pesquisa, “Como ocorrem as práticas de avaliação durante a formação dos profissionais de saúde no Curso Introdutório de Saúde da Família – RS, modalidade EaD? ”, constatamos aspectos que nos levam à reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem, principalmente no que tange à avaliação nos processos educacionais voltados para área da saúde. Para respondermos a esse questionamento, tínhamos objetivos específicos nesse contexto, conforme abaixo:

- a) Identificar temas relacionados à avaliação relevantes para os profissionais da saúde durante os encontros presenciais.
- b) Realizar um levantamento de categorias conceituais semânticas de cunho avaliativo através da análise das fichas de avaliação final do curso.
- c) Analisar a concepção de avaliação presente no relatório final construído pela coordenação da UNA-SUS/UFCSPA para a Secretaria Estadual de Saúde.
- d) Mapear as práticas de avaliação realizadas durante a formação a partir de fontes distintas de dados gerados durante o curso.

Com base nesses objetivos, passamos a promover a análise do material disponibilizado pela UNA-SUS/UFCSPA, que foram as gravações em vídeo, as fichas de avaliação do final do curso e o relatório final de prestação de contas entregue à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Esses materiais foram analisados em três grandes fases, ou seja, a análise temática dos encontros presenciais, a análise por Linguística de Corpus das fichas de avaliação e a análise reflexiva do relatório final, formando uma triangulação dos dados.

Ao final desse processo de análise de triangulação, verificamos que emergiram construtos que entendem de forma complexa os processos de avaliação subjacentes ao processo de ensino-aprendizagem de um curso de formação na modalidade a distância, com encontros presenciais para profissionais de saúde que estão atuando no momento da participação do curso.

Além disso, após a realização da análise temática das gravações em vídeo dos encontros presenciais, consideramos que não foi possível responder a uma das perguntas de pesquisa inicial (que temáticas de cunho avaliativo se tornam relevantes para os participantes durante os encontros presenciais do curso?), visto que não foram temas de cunho avaliativo que emergiram nos encontros presenciais e sim temas avaliativos relacionados às práticas e ao contexto de trabalho no qual os profissionais estão inseridos. Assim, acreditamos que a pergunta mais adequada seria: que temas emergiram das falas dos participantes, durante os encontros presenciais, que refletem sua avaliação sobre suas práticas profissionais? Sendo assim, consideramos que essa pergunta representa o que os profissionais de saúde abordaram nas suas explicações nos encontros presenciais e que trazem a avaliação sobre uma outra perspectiva. Ao avaliarem seu local de trabalho, seu contexto, seu fazer diário, explicitando que essa reflexão partiu das discussões e dos estudos que foram demandados a partir do curso, já demonstram que este fomentou e realizou diferentes processos de avaliação.

O curso introdutório de saúde da família utilizou-se de uma metodologia estratégica, a qual não avaliou exclusivamente processos de ensino-aprendizagem e sim práticas de avaliação dos serviços e das práticas diárias dos profissionais. Essa metodologia emergiu com grande significado, mostrando como os educandos avaliam o contexto de trabalho no qual estão inseridos. Ademais, o curso primou por utilizar situações do cotidiano e simulações realísticas, que são representativas no processo de educação permanente em saúde, possibilitando um novo olhar sobre o processo de ensino em serviço na área da saúde.

Esclarecemos que para o curso introdutório não foi previsto que os participantes fizessem práticas de avaliação mediadora, formativa entre outras e sim, previu-se que estes realizassem avaliação do conteúdo, da tutoria e de sua participação no processo de ensino, ou seja, podemos dizer que se previu a realização de uma avaliação nos moldes mais “tradicionais”, avaliação por mensuração, que é comumente utilizada nos cursos.

No entanto, verificamos que os participantes, durante os encontros presenciais e nas respostas discursivas das fichas de avaliação, se engajaram em outras práticas de avaliação que não estavam na proposta pedagógica do curso, emergindo práticas de avaliação formativa, mediadora e autorregulatória. Isso só foi possível diante das dinâmicas propostas nestes momentos de encontros presenciais.

Conseguimos ver a avaliação mediadora quando os educandos demonstraram, a partir das atividades do curso (no ambiente virtual de aprendizagem e nos encontros presenciais), que há troca de experiências e de vivências referentes a seus processos de trabalho. Essas interações eram dialogadas, falavam a partir de diferentes contextos, como um dispositivo para reflexões (demonstrações de entendimento progressivo) e possíveis transformações no seu cotidiano, ou seja, em sua realidade no seu contexto local. Essa avaliação esteve presente ao longo do curso e ficou evidenciada nos relatos em que os educandos demonstram o acompanhamento contínuo de seu próprio processo de aprendizagem e em suas reflexões quanto à necessidade, ao anseio e em alguns casos, sobre a dificuldade de se recriar novas perspectivas para a realidade em que se está inserido.

Já a avaliação formativa esteve presente no decorrer do processo de ensino-aprendizagem do curso, nas situações em que os educandos demonstravam o “movimento de construção e desconstrução” do seu aprendizado. Através disso, esses profissionais de saúde foram evidenciando o conhecimento de sua prática, compreendendo quais eram seus objetivos e buscando as melhores formas para realizar as ações do seu cotidiano.

Ressaltamos ainda, que esse processo contido na avaliação formativa, em que tanto os educandos como os educadores reavaliam continuamente os processos desenvolvidos no serviço, pode ser entendido tanto nos relatos dos educandos visualizados nas gravações em vídeo dos encontros presenciais como nas respostas discursivas contidas nas fichas de avaliação do final do curso. Essas reflexões contribuíram para a avaliação das atividades propostas nos encontros presenciais por parte da equipe da coordenação que realizava os encontros presenciais, configurando-se assim um processo educativo em que todos os atores envolvidos realizaram contínuas aprendizagens.

Percebemos que a avaliação autorregulatória, por sua vez, foi a que mais emergiu como prática de avaliação durante o processo de formação. Nas três formas de análise, observamos que grande parte dos profissionais indicaram, nas suas

respostas e falas, que estavam realizando processos de autorregulação, ou seja, estavam pensando sobre o que estavam fazendo para aprender.

Intuímos, nos relatos e avaliações dos educandos, seu interesse e anseio em relação ao aproveitamento dos espaços disponibilizados e atividades propostas, principalmente nos momentos de troca de experiência nos encontros presenciais. Assim foi nos relatos contidos nas fichas de avaliação, em que questionavam a possibilidade de novas ofertas de cursos de formação, visando à continuidade dos estudos ora iniciados no curso introdutório.

Contudo, sabemos que, para que o educando consiga ter êxito no ensino na modalidade a distância faz-se necessário seu empenho e dedicação. Conforme Bassegio (2009), esse educando é sujeito ativo que realiza sua própria aprendizagem, precisando envolver-se realmente no curso, o que ocorreu com grande parte dos educandos de acordo com os dados analisados. Chama-nos a atenção que muitos profissionais se mostraram dispostos a realizar mudanças nos seus processos de trabalho, tanto nas suas ações individuais como também nas suas equipes, que se mostraram dispostas a reorganizar processos, replanejar e reorganizar ações antes pré-determinadas e pré-estabelecidas. Isso demonstra a forma como os profissionais de saúde que participaram do curso se apropriaram de seus processos de aprendizagem e se empoderaram de suas ações, não se submetendo assim a um lugar de estagnação na realidade da qual fazem parte.

Observamos, assim, que a apresentação e a reflexão relativas às práticas de avaliação, realizadas ao longo do curso introdutório, podem ser muito mais ricas do que a produção textual entregue no relatório final, uma vez que os profissionais de saúde que realizaram o curso disponibilizaram importantes informações sobre práticas avaliativas que envolvem o processo de formação do curso, em diferentes momentos, que não foram consideradas e apresentadas. Essas práticas avaliativas são importantes para todas as esferas que participaram direta ou indiretamente do processo do curso, pois refletem o serviço de saúde pública do Rio Grande do Sul, mais precisamente a Atenção Primária à Saúde. Demonstrem, também, como os profissionais veem o serviço e o ensino em serviço, num momento em que o Brasil estava e ainda está atravessando por discussões de reformulações de currículos nas graduações e nas políticas públicas de saúde.

Por conseguinte, entendemos que o mais importante não é definir o tipo de prática de avaliação que será utilizada no processo de ensino-aprendizagem. O

importante é que o profissional que está gerindo esse processo possua um caráter reflexivo, pois assim terá a sensibilidade de perceber que práticas de avaliação distintas ocorrem o tempo todo e que precisamos estar atentos para percebê-las e utilizá-las para enriquecermos nossos momentos de elaboração de propostas de ensino e de construção de aprendizagem.

Desse modo, diante da complexidade das práticas avaliativas subjacentes ao desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem nos cursos de formação para profissionais de saúde, propomos um Guia para Condução de Processos Avaliativos em Cursos EaD Semipresenciais (Apêndice A). Esse guia é composto por um roteiro metodológico para a elaboração e acompanhamento de processos avaliativos dos cursos na modalidade de educação a distância em que se contemple não somente as fichas de avaliação com os dados quantificáveis/mensuráveis e as questões discursivas, mas que atente para demais dados que possam ser analisados sob uma nova perspectiva, em que se tenha o olhar ampliado sobre o que o educando está nos apresentando.

Chamamos atenção, ainda, para um ponto aquém do escopo deste trabalho: a necessidade de serem considerados, em avaliações finais em próximos relatórios técnicos do curso, os dados advindos dos fóruns, dos chats, dos trabalhos e das atividades dos módulos do curso, dos portfólios, dos e-mails dos educandos enviados para os tutores e ao apoio acadêmico e coordenação do curso. Justificamos esse ponto por serem materiais que podem contribuir para uma visão mais aguçada sobre quais concepções sobre avaliação esses educandos estão construindo dos processos de formação de que estão participando.

Por fim, consideramos relevante a presente pesquisa por dois motivos centrais: proporcionou revisitar o contexto de realização das duas edições do curso introdutório, antes vivenciada com foco nos objetivos previstos no planejamento pedagógico do curso, e agora com um olhar ampliado a partir da “lente de pesquisa”, ou seja, um olhar voltado às práticas de avaliação presentes nas edições realizadas; e pela intenção de entregar à UNA-SUS/UFCSPA um documento orientador que possa subsidiar o desenvolvimento, o acompanhamento e a reflexão das práticas avaliativas que poderão/irão compor edições futuras do curso introdutório e de outros cursos, intitulado Guia para Condução de Processos Avaliativos em Cursos EaD Semipresenciais.

Lembramos que os conhecimentos produzidos a partir deste estudo representam apenas um início desta caminhada e que o guia que sugerimos, deslumbrando a qualificação das práticas de avaliação nos cursos ofertados, são importantes para os processos de educação em saúde, principalmente na área da saúde pública. Acreditamos que se faz necessário aprofundar o tema, buscando uma verificação qualitativa e quantitativa de possíveis mudanças nos profissionais de saúde e nos impactos que esses processos de formação possuem na comunidade em que os profissionais de saúde atuam.

Ressaltamos a importância de novas pesquisas nesse sentido, visando ao aperfeiçoamento dos processos de ensino-aprendizagem propostos e que corroboram com a formação permanente dos profissionais de saúde do país. Esperamos, assim, que esta pesquisa estimule debates, discussões e investigações futuras na área de formação dos profissionais de saúde em atuação, contribuindo para o intercâmbio de conhecimentos relativos aos processos de ensino-aprendizagem na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, M.; HELGAS ON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out/dez. 2000.

ANASTASIOU, L.G.C. Avaliação, ensino e aprendizagem: anotações para um começo de conversa. In: Cordeiro TSC, Melo MMO, organizadores. **Formação pedagógica e docência do professor universitário: um debate em construção**. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008. p. 319-83.

BANDURA, A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*. **Psychological Review**, v. 50, p.248-287. 1991.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde – SUS**. São Paulo, jun. 2003.

BARRETO, R.; PRETTO, N.L. **Tecnologias educacionais e educação a distância: avaliando políticas e práticas**. 2ª ed. – Quartet Editora & Comunicação: Rio de Janeiro, 2003.

BARTALO, L. **Estratégias de estudo e aprendizagem de alunos universitários: learning and study strategies inventory (LASSI) adaptação e validação para o Brasil**. Marília, 2006. Tese de Doutorado em Educação – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Campus de Marília), 2006.

BASSEGIO, K.R., MUNIZ, E.P. Autonomia do Aluno de EaD no processo de Ensino e de Aprendizagem. **Revista Tecnologia e Sociedade**. Curitiba, v. 5, n. 8, jan./jun. 2009.

BEHAR, P. A. **Competências em educação a distância**. Editora Penso: Porto Alegre, 2013.

BEHAR, P.A. et al. Educação a Distância: a construção de competências docentes. **Anais da jornada de atualização em informática na educação**. Campinas, SP, 2013.

BELTRAME, A., PIERANTONI, C.R., VASCONCELLOS, A.M.M. et al. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. Senado Federal: Centro Gráfico, 1990.

BRASIL. **Lei Nº 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. Senado Federal: Centro Gráfico, 1990.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998. **Regulamenta o Art. 80 da LDB** (Lei nº 9.394/96). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Decreto nº 2.561, de 27 de abril de 1998. **Altera a redação dos arts. 11 e 12, do Decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, que regulamenta o disposto no art. 80, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Treinamento Introdutório**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 343 - **Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002. Dispõe sobre a Gestão plena do sistema Municipal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Polos de educação permanente em saúde: diretrizes para sua organização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: Polos de educação permanente em saúde. Conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648 de 28 de março de 2006. **Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n ° 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

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, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão,** Brasília, DF, 2006.

BRAUN, V., CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology.** Qualitative Research in Psychology. v. 3, p. 77-101, London, 2006.

BRAUN, V., CLARKE, V. **Thematic analysis.** In A.C, Michalos (Ed.). Encyclopedia of quality of life research. New York: Springer, 2013.

CAMPOS, K. A.; DOS SANTOS, F. M. **A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).** Revista do Serviço Público, v. 67, n. 4, p. 603, 2016.

CASTRO, M. H. G., VIANA, A.L.D'A. **Brasil: a reforma do Sistema de Saúde.** NEPP,. Campinas: 1992.

CHAVES, S. M. **Avaliação da aprendizagem no ensino superior: realidade, complexidade e possibilidades.** GT: Didática UFG. Goiânia, n.04, 2011.

CECCIM, R.B., FEUERWERKERL.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** v. 14, n. 1, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. DEGTES. **Curso de formação de facilitadores em Educação Permanente em Saúde: orientação para o curso.** Rio de Janeiro: MS/Fiocruz, p. 11-12, 2005.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasília de Saúde da Família**. Brasília, v. 2, n.4, ago. 2001.

DARSIE, Marta Maria Pontin. Avaliação e aprendizagem. **Cadernos de pesquisa**, n. 99, p. 47-59, 1996.

DAVID, H.M.S., FARIA, M. G. A., LUIZ, A. F, et.al. Tele-enfermagem UERJ: contribuições para a educação e o trabalho de profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Gold Book: inovação tecnológica em Educação e Saúde**. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/7.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan/mar, 1997.

DORIGON, T.C., ROMANOWSKI, J.P. A reflexão em Dewey e Schön. **Revista Intersaberes**. Curitiba, ano 3, n. 5, p. 8-22, jan/jul. 2008.

ESCOBAR, E. M. A. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: CIANCIARULLO; T. I.; et al (Org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, p. 93-101, 2002.

FAGANELLO, J., REIS, E., GUIMARÃES, M.I.P. **Os instrumentos de avaliação da aprendizagem e a avaliação formativa em educação a distância**. Simpósio Internacional de Educação à Distância. Encontro de Pesquisadores de Educação à Distância. São Carlos, SP, 2016.

FARAH, BF. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência de Juiz de Fora/MG. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

FIÚZA, T. M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. [S.l.], v. 7, n. 24, p. 139-146, jun. 2012.

FLEURY, S., **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro. Cebes. Editora: FIOCRUZ, 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3^a.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. São Paulo: Cortez, 1984.

GARCEZ, A., DUARTE, R., EISENBERG, Z. **Produção e análise de videograções em pesquisas qualitativas**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 37, n.2, p. 249-262, mai./ago. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método, e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 185-221.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina**. Educación Médica y Salud. v. 24, n. 2, p. 136-204, abr./jun.1990.

HADJI, C. **Avaliação desmistificada**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HAYDT, R. C. **Avaliação do processo ensino-aprendizagem**. São Paulo, Ática, 2002.

HOFFMAN, JUSSARA. **Avaliação Mediadora: uma prática da construção da pré- escola à universidade**. 17.^a ed. Porto Alegre: Mediação, 2000.

HOFFMANN, J.M.L. **Avaliação: mito e desafio: uma perspectiva construtivista**. Porto Alegre: Mediação, 35^a ed. Revista, 2005.

IWAMOTO, H. H., TAVARES, D.M.S., MENDES, I.J.M. **Curso Introdutório para as Equipes Básicas do Programa de Saúde da Família**. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 81 -85, dez. 2000.

KRUG, S.B.F, LENZ, F. L., WEIGELT, L.D, et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

LEONTIEV, Aléxis. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Editora Livros Horizontes, 1978.

LIBÂNEO, J.C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994. 2^a edição.

LUCKESI, Cipriano Carlos. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem. **Revista Pátio**, v. 12, p. 6-11, 2000.

LUCKESI, Cipriano Carlos. Verificação ou avaliação: o que pratica a escola? In: LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições**. 22. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MACHADO, M. H. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MACHADO, M. H. **Gestão pública e ética no trabalho**. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MARCONDES, N.A.V., BRISOLA, E.M.A. **Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas**. *Revista Univap*. São José dos Campos, v. 20, n. 35, jul. 2014.

MARCONI, M.; L, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINS, J.P. **Considerações sobre avaliação no Ensino Superior**, p 19-42. In: ROSSIT, R. A. S.; STORANI, K. (Orgs). **Avaliação nos processos educacionais**. São Paulo: Editora UNIFESP/UNICEP, 2010.

MARTINS, J.S., GARCIA, J.F., PASSOS, A.B.B. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v.1, n.1, nov./dez. 2008.

MARX, K. **O Capital: livro I**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MELO, G. A., FONTANELLA, B.J.B., DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**. Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDEZ, J. M.A. **Avaliar para conhecer, examinar para excluir**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**. Botucatu, v. 9, n.16, p. 172-4, 2005.

MINAYO, M.C. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 19-51.

MOLINA, R., GARRIDO, E. A produção acadêmica sobre Pesquisa-Ação em Educação no Brasil: mapeamento das dissertações e teses defendidas no período 1966-2002. **Formação Docente**, Belo Horizonte, v. 02, n. 02, p. 27-40, jan./jul. 2010.

MORAN, J. M. A educação superior a distância no Brasil. In: SOARES, M. S. A. (Ed.). **A Educação Superior no Brasil**. Brasília, DF: CAPES - UNESCO, 2002.

MORAN, J. M. Modelos e avaliação do ensino superior a distância no Brasil. **Revista ETD - Educação Temática Digital da UNICAMP**. Campinas, v. 10, n. 2, p. 54–70, jun. 2009.

NEDER, M. L.C. Avaliação na Educação a Distância: significações para definição de percursos. In: PRETI, O. (Org.). **Educação a Distância: inícios e indícios de um percurso**. Cuiabá: EdUFMT, 1996.

NISKIER, A. **Educação a Distância: a tecnologia da esperança**. 1ª ed. São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, E. M., SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-33, ago. 2006.

OLIVEIRA, J.A.A.T., FLEURY, S.M. **(Im) previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1989.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação a Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, set./out. 2007.

OLIVEIRA, R.L. Formação Docente: traçando modelos que subjazem à prática. **Revista Científica das Escolas de Comunicação e Artes e Educação.** Universidade Potiguar ,ano 1, n. 1, dez. 2011 / maio 2012.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, URSS, 1978.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (HSR-HSP). **El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud.** Buenos Aires: OPAS, 1997.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PALHARES, E.M.G, HAUEISEN, S. M., RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciencia y enfermería.** Concepción, v. 16, n. 2, p. 25-33, ago.2010.

PENA, G.C.; MENDES, H.G.; DIAS, M. C. S. et al. Avaliação do emprego de videoconferências para a capacitação a distância dos médicos das equipes de saúde da família dentro do projeto nacional telessaúde. **Revista médica de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2015.

PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RABELO, E. H. **Avaliação: novos tempos, novas práticas**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

RODRIGUES, A. S. S. **Psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ROSA, W. A. G, LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13 n. 6, nov./dez. 2005.

ROSÁRIO, P.S.L.F., SAMPAIO, R.K.N, POLYDORO, S.A.J. **Autorregulação da aprendizagem e a procrastinação acadêmica em estudantes universitários Pelotas [42]: 119 - 142, maio/jun./jul./ago. 2012.**

ROSÁRIO, P. Diferenças processuais na aprendizagem: avaliação alternativa das estratégias de autorregulação da aprendizagem. **Revista Psicologia, Educação e Cultura**. Portugal, vol. V, n.1, p. 87-102, 2001.

ROSSONI, E., LAMBERT, J. Formação de profissionais para o Sistema único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 18, n.1, jan./jun. 2004.

SANTOS, Sandra Carvalho Dos. O processo de ensino-aprendizagem e a relação professor-aluno: aplicação dos " sete princípios para a boa prática na educação de Ensino Superior". **REGE Revista de Gestão**, v. 8, n. 1, 2001.

SANTOS, P. T. **Avaliação da satisfação, aprendizagem e impacto do Curso Introdutório na estratégia de Saúde da Família: um aporte metodológico**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

- SARDINHA, T.B. **Linguística de corpus**, Barueri: Manole, 2004.
- SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.
- SCHÖN, D.A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SCRIVEN, M. The Methodology of Evaluation. In: TYLER, R.; GAGNE, R.; SCRIVEN, M. **Perspectives of Curriculum Evaluation**. Washington, D.C: American Educational Research Association, 1967.
- SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- SOBRINHO, D. J. **Avaliação: políticas e reformas da Educação Superior**. São Paulo: Cortez, 2003.
- SOEIRO, L., AVELINE, S. **Avaliação educacional**. Porto Alegre: Sulina, 1982.
- SORDI, M. R. L. Problematizando o papel da avaliação da aprendizagem nas metodologias inovadoras na área da saúde. **Revista de Educação/PUC**, 9, 52-61, Campinas, 2000.
- SOUZA, H. M. **Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil**. Reunião técnica dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 2000.
- SOUZA, A. M. S; GIL C. R. R.; CERVEIRA M. A. C.; TORRES, Z.F. Polos de capacitação, formação e educação permanente para o programa de saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em**

saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

TANAKA, O. Y; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TOMAZ, J. B. C.; VAN DER MOLEN, H. T. Family health professionals as potential distance education students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 201-208, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. S., et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

VIANA A.L.A., POZ, M.R.D. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 1998.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

ZIMMERMAN, B. J. Investigating self-regulation and motivation: historical background, methodological developments, and future prospects. **American Educational Research Journal**. 45, (1), 166-183, 2008.

APÊNDICE A - Guia para condução de processos avaliativos em cursos
EaD semipresenciais

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

**GUIA PARA CONDUÇÃO DE PROCESSOS AVALIATIVOS EM CURSOS
EAD SEMIPRESENCIAIS**

**Larissa Simão Beskow Junckes
Márcia Rosa da Costa
Alexandre do Nascimento Almeida**

Catalogação na Publicação

Simão Beskow Junckes, Larissa
GUIA PARA CONDUÇÃO DE PROCESSOS AVALIATIVOS EM CURSOS
EAD SEMIPRESENCIAIS / Larissa Simão Beskow Junckes. --
2018.

20 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2018.

Orientador(a): Alexandre do Nascimento Almeida ;
coorientador(a): Márcia Rosa da Costa.

1. Educação em Saúde. 2. Avaliação. 3. Educação à
Distância. 4. Ensino-aprendizagem. 5. Processos
educacionais. I. Título.

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

DEDICATÓRIA

Dedico este Guia a todos os pais, mães e filhos que, assim como meus pais, meu esposo e meu filhote, mostram-nos a cada dia, a cada hora, que temos sempre algo a aprender e a ensinar, e que são estes movimentos e momentos que nos fazem crescer e nos tornarmos pessoas melhores. Aos educadores, especialmente Alexandre, Duda, Eugênia e Márcia por estarem ao meu lado, sempre me guiando e me mostrando que caminho trilhar e de qual desviar. Muito obrigada a todos!

1 INTRODUÇÃO

O Guia para Condução de Processos Avaliativos em Cursos EaD Semipresenciais tem como objetivo apresentar uma proposta pedagógica que possa auxiliar profissionais na qualificação de práticas avaliativas em cursos de formação para profissionais de saúde, de forma sequencial, quanto a ações a serem observadas no desenvolvimento de práticas avaliativas, durante e após a realização de um curso. Este Guia é resultante de Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde intitulada *Práticas de avaliação no Curso Introdutório de Saúde da Família/RS - modalidade EaD: uma análise da perspectiva dos participantes*. Tal investigação emergiu a partir da inserção da pesquisadora no mestrado profissional e posterior tensionamento junto a alguns membros da UNA-SUS/UFCSPA sobre como poderiam qualificar os cursos de formação ofertados aos profissionais de saúde.

Os processos de educação em saúde vêm se consolidando nos últimos anos através da implementação de políticas públicas de educação permanente voltadas para a qualificação dos serviços e dos profissionais de saúde, principalmente dos que atuam em Estratégia de Saúde da Família - ESF. Grande parte desses processos educacionais ocorrem através de cursos presenciais, semipresenciais ou na modalidade a distância (EaD), como o Curso Introdutório de Saúde da Família executado pela UNA-SUS/UFCSPA. Em muitos cursos de ESF que se utilizam da modalidade EaD, os processos de avaliação desta e das demais práticas educativas não são exploradas ou mesmo realizadas sob uma ótica qualitativa. Em sua grande maioria, as pesquisas discutem a avaliação a partir de uma lógica quantitativa, em que práticas de mensuração do conhecimento são comuns.

Diante disso, como membro da equipe responsável pela concepção, desenvolvimento e execução do Curso Introdutório de Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA e como aluna do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, a pesquisadora ficou instigada a olhar para a prática desenvolvida realizando uma investigação sobre processos avaliativos. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados dados secundários provenientes do banco de dados da UNA-SUS/UFCSPA, referentes ao curso executado em 2014, que contou com a participação de 425 profissionais de saúde de nível superior que atuam em equipe de ESF, três coordenadoras do Curso e sete tutores.

Considerando esse cenário, a pesquisa teve por objetivo geral analisar as práticas de avaliação realizadas pelos participantes do Curso Introdutório de Saúde da Família, a fim de oferecer um olhar sobre os processos de ensino-aprendizagem nos quais os profissionais de saúde se engajam quando em formação. Dentro desse contexto, buscou-se responder a seguinte pergunta: *Como ocorrem as práticas de avaliação durante a formação dos profissionais de saúde no Curso Introdutório de Saúde da Família – RS, modalidade EaD?*

Os dados são provenientes de três fontes secundárias: (a) gravações em vídeo dos encontros presenciais; (b) 392 fichas de avaliação respondidas pelos participantes ao final do curso; (c) o relatório final de prestação de contas. A análise foi realizada através de metodologia qualitativa, realizando uma triangulação dos dados com o uso da Análise Temática, Linguística de Corpus e Análise Reflexiva.

Após as análises, verificou-se que o Curso Introdutório de Saúde da Família utilizou-se de uma metodologia estratégica, a qual não avaliou exclusivamente processos de ensino-aprendizagem e sim práticas de avaliação dos serviços, das práticas diárias dos profissionais, que emergiram com grande significado, mostrando como os educandos avaliam o contexto de trabalho em que estão inseridos. Esses processos de avaliação muitas vezes eram processos de avaliação mediadora, avaliação formativa e avaliação autorregulatória.

Frente aos elementos encontrados no referido estudo é que este guia foi elaborado. Posteriormente ao desenvolvimento do material, com base nos resultados obtidos, surgiu a intenção de criar um documento metodológico, um guia, que pudesse auxiliar interessados nos processos de avaliação de cursos de educação permanente em saúde tendo como base práticas metodológicas reflexivas.

Aqui, são apresentadas sugestões sobre como planejar, desenvolver, observar e registrar ações avaliativas no decorrer dos processos de ensino-aprendizagem, com vistas a auxiliar o olhar sobre um curso e sobre os processos de aprendizagem dos educandos. O guia está organizado em itens, como se fossem passos, para que, desde o planejamento ou replanejamento de um curso, fique evidente o quanto as ações avaliativas devem se fazer presentes desde o início do processo.

2 ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

A avaliação é um construto importante para a implantação e implementação de novas ações e políticas públicas de saúde, propiciando um planejamento com foco na universalidade e equidade das ações e dos serviços de saúde prestados aos usuários. Para que isso se concretize, é essencial a participação dos usuários e da comunidade como um todo nos processos avaliativos, tornando cada vez mais comuns e rotineiras as ações de avaliação nos processos e nas tomadas de decisão entre os colegiados gestores (BRASIL, 2004). De acordo com Neder (1996), a avaliação:

[...] não pode ser vista, pois, isolada de uma proposta educacional, de um projeto de educação que traga no seu bojo um processo de transformação, uma proposta de ação que busque modificações de uma determinada situação (NEDER, 1996, p.69).

Contudo, que tipos de avaliação são comumente realizadas nos processos educacionais? Ao pensar o termo avaliação em relação à sua aplicabilidade, tanto no aspecto histórico-social quanto em relação às diversas áreas de conhecimento e diversos níveis de ensino, vamos facilmente constatar que coexistem diferentes perspectivas de avaliação na área da educação, que podem ser sumarizadas da seguinte maneira:

a) avaliação por mensuração: essa concepção de avaliação pode ser considerada a mais antiga das práticas de avaliação e é a mais comumente utilizada nos processos educacionais tradicionais. Soeiro e Aveline (1982) relatam que testes de mensuração foram utilizados para classificar milhares de homens que seriam convocados para atuarem na Primeira Guerra Mundial. No século XX, nos Estados Unidos, os estudos de Robert Thorndike, sobre testes educacionais, colaboraram e auxiliaram na elaboração dos testes padronizados que tinham como foco medir as habilidades e aptidões dos educandos (SOEIRO; AVELINE, 1982). Durante esse processo de construção de formas de avaliação por mensuração, também ocorriam mudanças em algumas áreas da saúde, como na psicologia, que passa a adaptar e utilizar alguns testes para

análises psicológicas.

A mensuração de comportamentos por meio de testes propiciou a expansão de uma cultura dos testes e medidas na educação e, por essa razão, nas primeiras décadas do século passado, avaliar se confundia com medir. A ideia, então, era a de avaliar, não só para medir mudanças comportamentais, mas também para avaliar aprendizagem, quantificando resultados. Em resumo, a avaliação por mensuração não distingue avaliação e medida; quem avalia utiliza testes e/ou instrumentos para verificar o rendimento da aprendizagem.

b) avaliação diagnóstica: é o processo de identificação do nível inicial de conhecimento dos educandos sobre um determinado tema, bem como a verificação das características e particularidades individuais e grupais dos educandos, ou seja, é aquela realizada no início do curso ou unidade de ensino a fim de constatar se o educando possui os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para as novas aprendizagens. É utilizada também para estimar possíveis problemas de aprendizagens e suas causas (HAYDT, 2002). Na avaliação diagnóstica observamos que existe um processo de avaliação que não visa selecionar e sim “diagnosticar” o conhecimento do educando, para se pensar em qual perspectiva pedagógica se irá trabalhar.

Nesse sentido, podemos dizer que a avaliação diagnóstica se integra a algumas concepções da avaliação formativa, ou seja, faz-se necessário um diagnóstico prévio do conhecimento do educando para se elaborar e planejar a estrutura do que será trabalhado.

c) avaliação formativa: o termo “avaliação formativa” foi criado por Scriven (1967) para se referir à avaliação de meios de ensino. É aplicada no decorrer do processo de ensino-aprendizagem, servindo como uma forma de controle que visa informar sobre o rendimento do educando, sobre as deficiências na organização do ensino e sobre os possíveis alinhamentos necessários no planejamento de ensino para atingir os objetivos. Segundo Perrenoud et al. (2002), a avaliação é entendida como formativa quando auxilia o educando no seu desenvolvimento, propiciando que ele participe dos seus processos de aprendizagens.

A avaliação formativa pode ser entendida como uma prática de avaliação contínua, em que se busca melhorar as aprendizagens em curso, contribuindo para o acompanhamento e para a orientação dos educandos durante o processo de formação (PERRENOUD ET AL., 2002). Essa concepção de avaliação tem sido muito estudada por pesquisadores da área da educação.

Podemos entender, então, que a avaliação formativa auxilia o educando a compreender e a conhecer sua prática e seus objetivos, bem como a encontrar a forma mais adequada para executar as atividades a que se propõe a fazer. Esta é uma avaliação em que o educando faz parte do processo, sendo um ator ativo, não um mero receptor e reproduzidor de informações, e sim um ator crítico e reflexivo dos processos em que está inserido. A avaliação formativa possibilita diálogo democrático e considera a caminhada do aprendiz, sua história. Além disso, possibilita regular a ação pedagógica a cada momento, incidindo progressivamente sobre as aprendizagens do educando.

d) avaliação somativa: concepção de avaliação utilizada para verificar a aprendizagem do educando ao final de uma etapa de aprendizagem. Visa classificar os educandos de acordo com os seus níveis de aproveitamento do processo de ensino-aprendizagem. É realizada, por exemplo, ao final de uma disciplina, dentro de critérios previamente impostos ou negociados e geralmente tem em vista a promoção de um grau para outro (HAYDT, 2002).

Através da avaliação somativa, o educador tem a possibilidade de visualizar e compreender “o todo” de cada educando, ou seja, nesse processo avaliativo se faz possível enxergar quais objetivos foram atingidos no processo de ensino- aprendizagem e torna-se viável o planejamento de quais abordagens terão melhor resultado com base nas metodologias aplicadas anteriormente e que tiveram sucesso.

e) avaliação mediadora: essa concepção de avaliação sustenta a possibilidade de um acompanhamento contínuo e gradativo da aprendizagem do educando/profissional, com todos seus percalços no caminho e na construção do saber. A ação mediadora é uma postura construtivista em educação, em que a relação dialógica, de troca, de

discussões e de provocações aos educandos possibilita entendimento progressivo entre educador/educando. Nessa perspectiva, a avaliação vai para além da verificação das respostas corretas e incorretas, pois é concebida como uma ação investigativa e reflexiva por parte do professor sobre as construções cognitivas realizadas pelos educandos. Hoffman (2005) reforça que a avaliação mediadora, seguindo uma visão construtivista, é uma avaliação ligada aos processos de aprendizagem, ou seja, com valorização das diversas formas de se aprender.

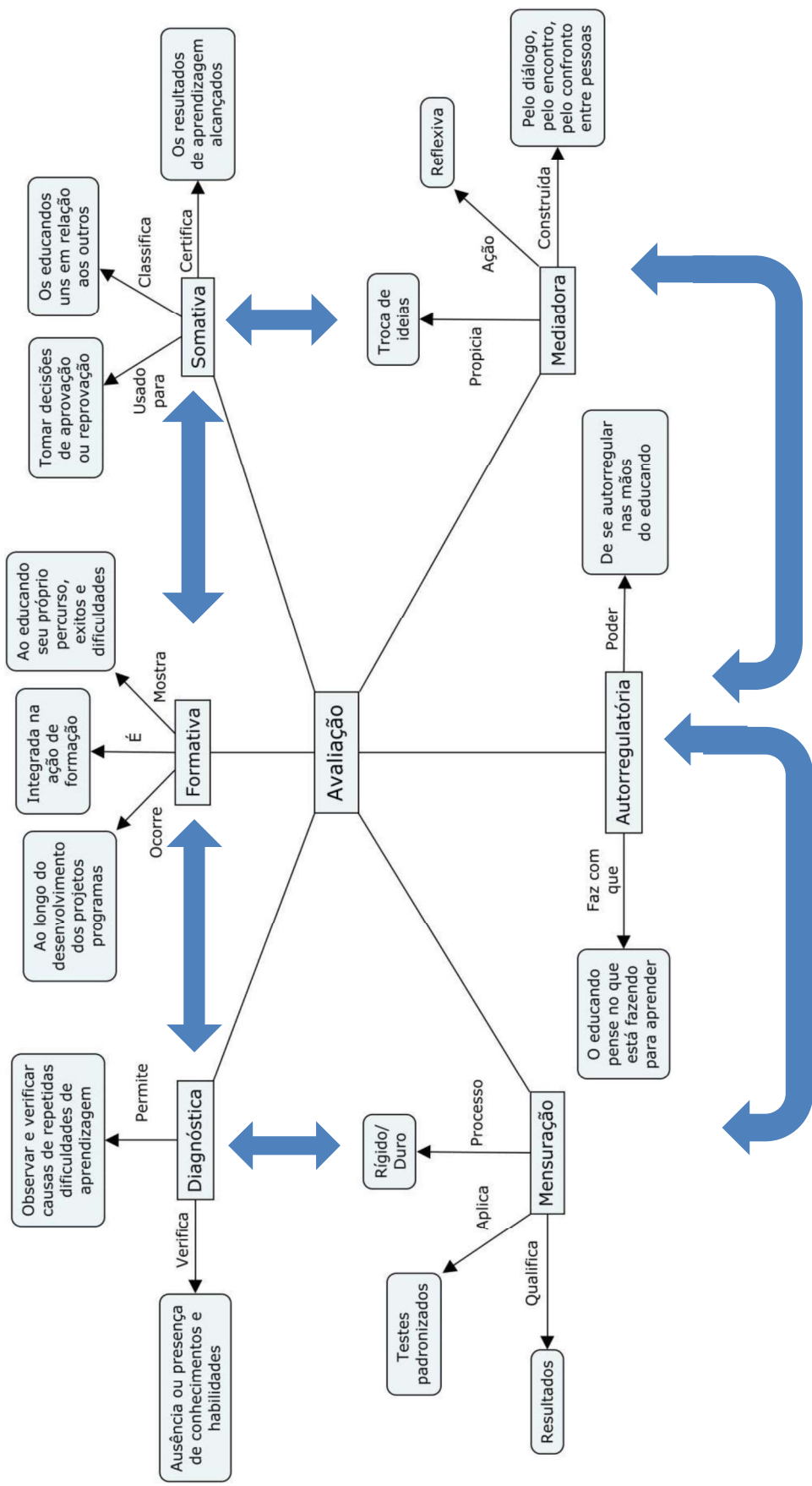
A avaliação, nesse ponto de vista, deverá encaminhar-se a um processo dialógico e cooperativo, através do qual educadores e educandos aprendem sobre si mesmos no próprio ato da avaliação.

f) avaliação autorregulatória: após alguns movimentos de reforma na educação americana, por volta dos anos 1980, surgiram novas teorias de avaliação, como a da autorregulação, a qual considerava o que o educando pensava sobre o que estava fazendo para aprender. O indivíduo autorregulado tenta controlar seu comportamento, motivação, afeto e cognição, de modo a alcançar um objetivo estabelecido. Assim, esse indivíduo deve estar no controle, ou seja, ser agente das suas ações e não somente depender de seus pares ou do contexto. Essas concepções se baseiam na premissa de que as pessoas formam crenças sobre o que elas são capazes de fazer, antecipam as consequências de seus comportamentos e planejam o curso de suas ações, a fim de produzir os resultados desejados e/ou merecidos (BANDURA, 1991; ZIMMERMAN, 2008). Estudos de Rosário (2001) esclarecem que o aluno autorregulado é facilmente identificado por algumas atitudes, como por exemplo estar atento em aula, trazer sempre os materiais necessários, alcançar e mesmo ultrapassar os objetivos propostos, possuem as melhores notas. Ademais, são alunos “[...] mais decididos, estratégicos e persistentes no seu processo de aprendizagem” (ROSÁRIO, 2001, p.88).

Essas diferentes concepções podem ser melhor visualizadas no mapa conceitual, em que são sumarizados os sentidos associados a cada modalidade, bem como as relações estabelecidas entre os princípios e as práticas de avaliação. Após considerarmos essas diferentes perspectivas, é importante pontuarmos que a avaliação deve contribuir para o desenvolvimento do senso crítico e para auxiliar na formação dos

educandos, possibilitando que todos reflitam sobre as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) envolvidas no processo de ensino- aprendizagem, através de análises e sínteses das atividades. É uma oportunidade também de construção coletiva de conhecimento.

Figura 1: Mapa Conceitual

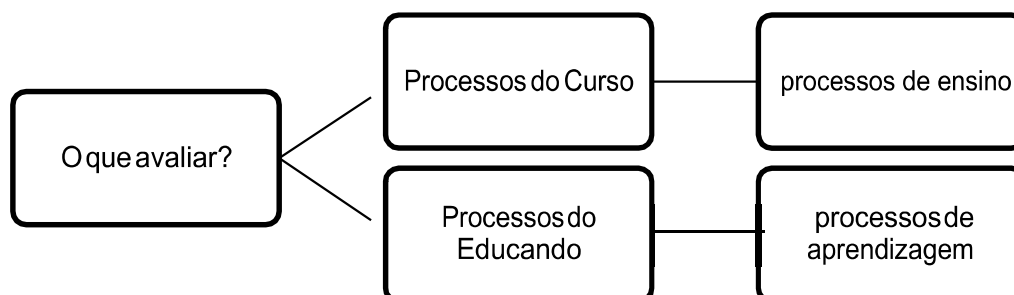


3 PARA PLANEJAR, DESENVOLVER, OBSERVAR E REGISTRAR AS PRÁTICAS AVALIATIVAS

1º passo: o que é importante considerarmos?

Inicialmente, precisamos compreender o que estamos avaliando e que metodologia estamos utilizando. Verificamos, na pesquisa realizada, que se faz necessário termos dados e informações de âmbito quantitativos e qualitativos. Para tanto, devemos ter um bom planejamento pedagógico das nossas atividades, já que são elas que irão proporcionar os momentos de interação e de avaliação. Sendo assim, esquematicamente, podemos dizer que precisamos ter um olhar sobre:

Figura 2: o que avaliar?



A partir dessa perspectiva, devemos considerar como tópicos essenciais:

- que o educando avalie o curso;
- que o tutor avalie o curso;
- que o educando avalie o tutor;
- que o educando se autoavalie;
- que o educando avalie sua própria prática profissional;
- que o tutor avalie o educando.

2º passo: quando avaliar?

Devemos definir como ocorrerão as atividades avaliativas sobre o curso em seu planejamento e no decorrer da sua execução. Para o planejamento dos momentos presenciais, deve-se considerar, no projeto pedagógico do curso, a importância das práticas avaliativas, o que envolve os aspectos relacionados aos processos de ensino e aos processos de aprendizagem. Ainda que estes estejam diretamente implicados um no outro, é fundamental olhar para o desenvolvimento das ações de ensino e para as ações de aprendizagem, citadas no primeiro passo.

Para efetivarmos uma prática avaliativa com os educandos, é importante termos momentos planejados de avaliação qualitativa, a serem realizados nos momentos presenciais. Esses momentos podem ser gravados e analisados, tornando a prática reflexiva logo após o seu desenvolvimento. Por isso, caso seja possível e viável, sugerimos a gravação dos momentos presenciais, atentando para a execução de uma gravação adequada, assim como a catalogação e a armazenagem desses materiais, para que fiquem disponibilizados para pesquisas científicas mais detalhadas e aprofundadas sobre os processos de ensino-aprendizagem.

Como sugestões de perguntas para os momentos de avaliação presencial com os educandos, indicamos algumas questões disparadoras:

- Como vocês avaliam suas aprendizagens?
- Como as atividades do curso estão repercutindo no seu fazer diário?
- Como você descreveria o seu processo de aprendizagem no curso: motivações, descobertas, dificuldades, desafios, construções/reconstruções.
- Que mudanças vêm acontecendo no seu contexto?

3º passo: como avaliar?

Conhecemos diferentes tipos de instrumentos de avaliação e necessitamos definir quais deles melhor se adequam às nossas necessidades e ao projeto político pedagógico do curso que estamos executando. Na pesquisa, verificamos que instrumentos bem estruturados permitem que o educando se expresse de forma mais clara sobre o curso e sobre sua prática profissional. Como exemplo do que estamos relatando, colocamos as fichas de avaliação. No estudo, verificamos que possuem falhas, como as “carinhas”, pois possuem diferentes interpretações, são usuais nesses instrumentos, e podem não estar retratando a real opinião do educando. Assim, sugerimos o uso de fichas de avaliação em escala tipo, Likert com espaço, para que o educando manifeste sua opinião de forma discursiva sobre aquela questão. Consideramos que essas fichas devem retratar efetivamente a opinião do educando, não sendo meramente um instrumento de preenchimento formal obrigatório. Tal instrumento deve conter questões qualitativas, discursivas, não com respostas de sim ou não, pois estas não reportam informações essenciais para um processo avaliativo. Portanto, sugerimos o uso de questões disparadoras, de reflexão, para que o educando realmente se sinta instigado sobre o tema abordado e queira expor suas colocações, auxiliando na qualificação do curso.

Caso seja viável, recomendamos a elaboração de um teste piloto do questionário, para ser aplicado com educandos de outros cursos. Ao final do questionário piloto, acrescente perguntas específicas sobre o teste, como por exemplo: “As perguntas estavam confusas? ”. Assim, você poderá ter um parâmetro sobre o material que elaborou. Abaixo, exemplificamos um modelo:

Quanto a esta primeira unidade de ensino do curso, caracterize, através das afirmações abaixo, como foi seu processo de aprendizagem?

Quadro 1: modelo de ficha avaliação com algumas possíveis perguntas

		<i>Discordo Plenamente</i>			<i>Concordo Totalmente</i>	
Nº	Afirmações	1	2	3	4	5
1	Acredito que este curso irá explorar minhas áreas de interesse					
	Comente sua resposta acima:					
2	Associo os conteúdos teóricos com minhas práticas profissionais					
	Comente sua resposta acima:					
3	Senti-me desafiado neste processo de ensino-aprendizagem					
	Comente sua resposta acima:					

4º passo: registrar

Ressaltamos, neste passo, a importância de um registro adequado e o mais completo possível dentro das condições disponíveis. Sugerimos que se realize processo de gravação em vídeo caso sejam executados momentos de ensino em que os educandos façam relatos sobre o processo que estão vivenciando. Estas gravações devem ser criteriosas, ou seja, devem iniciar no início do encontro até o final, permanecendo o equipamento ligado todo o tempo. Para isso, elencamos como necessário o uso de equipamentos adequados, tanto para visualização dos participantes que estão explanando suas considerações e observações, como para que se possa ter a melhor captação das falas destes, caso se necessite efetivar transcrições dessas.

Importante também considerarmos a quantidade e o posicionamento dos equipamentos, já que de acordo com o número de participantes e o tamanho do ambiente precisaremos mais ou menos equipamentos, visando a correta e adequada captação de todos os momentos do evento em questão.

Após a gravação, estes materiais devem ser armazenados e

catalogados para que, posteriormente sejam utilizados para estudo científico. Lembramos também, da importância da autorização escrita e assinada de todos os participantes do evento para que a imagem e a voz possam ser utilizadas para estudos científicos futuros, seguindo os critérios éticos de pesquisa.

5º passo: *acompanhar e monitorar*

Observamos que o acompanhamento e o monitoramento das ações realizadas no decorrer da execução do curso auxiliam nos processos de avaliação, pois possibilitam um melhor entendimento do que os educandos estão vivenciando e como estão vivenciando esse processo de ensino-aprendizagem. Por isso, sugerimos, no início do projeto do curso, que sejam definidos alguns indicadores de acompanhamento, que serão as medidas analisadas para verificar se os objetivos propostos no projeto político pedagógico estão sendo alcançados.

É imprescindível que se tenha um monitoramento contínuo das ações previstas e realizadas, para melhorar o que fazer e como fazer. Além disso, devemos considerar os diferentes tipos de avaliação que podem aparecer nos processos de avaliação, a saber: avaliação mediadora, avaliação formativa e avaliação autorregulatória.

Exemplificamos abaixo uma planilha de monitoramento e acompanhamento de curso de formação em que alguns tópicos são considerados:

Quadro 2: modelo de planilha de monitoramento com exemplos de alguns tópicos

Objetivos	Indicador	Fonte de Informações	Frequência de monitoramento	Padrão de Desempenho	Medidas e ações a serem adotadas
Realizar formação em sala de vacinas para profissionais de saúde	Participação nas aulas	Lista de presença	Cada aula	90 %	1.Contato com faltosos; 2 Apoio da SMS.
	Participação nas atividades de práticas	Lista de presença e Vacinas aplicadas	Cada aula prática	90%	1.Contato com faltosos; 2 Apoio da SMS.
	Qualidade dos materiais do curso	Entrevista com os educandos	Mensal	4 (escala tipo Likert 1-5)	1.Verificar correções e/ou adequações nos materiais; 2. Articulação com equipe pedagógica.
	Motivação dos educadores	Ficha de avaliação com questões quali/ quanti	Mensal	Atingir 4 (escala tipo Likert 1-5)	1. Aprimorar e melhorar o acompanhamento pedagógico; 2. Conversar com os educadores.
	Motivação dos educandos	Ficha de avaliação com questões quali/ quanti	Mensal	Atingir 4 (escala tipo Likert 1-5)	1. Aprimorar e melhorar o acompanhamento pedagógico; 2. Adequar carga horária e atividades; 3. Estudar medidas corretivas.

6º passo: *reiniciar o processo de planejamento*

Neste momento, devemos repensar o nosso planejamento, analisando as nossas ações, voltando para nossa prática e executando um ciclo conhecido como “PDCA” – Planejar, desenvolver, checar e agir, conforme figura abaixo:

Figura 3: PDCA



Fonte: <https://www.treasy.com.br/blog/plano-de-acao>

Nesta etapa, é essencial que se reúnam todos os envolvidos que conduzem o curso, coordenação, equipe pedagógica e tutores, para que vejam os dados e assim possam avaliar o que vem sendo realizado. Da mesma forma, que consigam replanejar, através de novas estratégias de ações pedagógicas que atendam às demandas e expectativas dos educandos e que, por fim, qualifiquem o processo de ensino-aprendizagem do curso.

Para saber mais

Sugerimos alguns materiais de apoio sobre o tema, para complementar este guia e subsidiar seu trabalho:

- DARSIE, Marta Maria Pontin. Avaliação e aprendizagem. **Cadernos de pesquisa**, n. 99, p. 47-59, 1996.

- LUCKESI, Cipriano Carlos. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem.

Revista Pátio, v. 12, p. 6-11, 2000.

- SANTOS, Sandra Carvalho Dos. O processo de ensino-aprendizagem e a relação professor-aluno: aplicação dos "sete princípios para a boa prática na educação de Ensino Superior". **REGE Revista de Gestão**, v. 8, n. 1, 2001.

Explore os conteúdos e troque vivências e experiências, pois a riqueza e a grandiosidade construída neste processo de ensino-aprendizagem, criado através de momentos de interação educador-educando, educando-educando é infinita e indescritível.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*. **Psychological Review**, v 50, p.248-287. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

HAYDT, R. C. **Avaliação do processo ensino-aprendizagem**. São Paulo, Ática, 2002.

HOFFMANN, J.M.L. **Avaliação: mito e desafio: uma perspectiva construtivista**. 35ª ed. Porto Alegre: Editora Mediação, 2005.

NEDER, M. L.C. Avaliação na Educação a Distância: significações para definição de percursos. In: PRETI, O. (Org.). **Educação a Distância: inícios e indícios de um percurso**. Cuiabá: EdUFMT, 1996.

PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROSÁRIO, P. Diferenças processuais na aprendizagem: avaliação alternativa das estratégias de autorregulação da aprendizagem. **Revista Psicologia, Educação e Cultura**. Portugal, vol. V, n.º1, p. 87-102, 2001.

SCRIVEN, M. The Methodology of Evaluation. In: TYLER, R.; GAGNE, R.; SCRIVEN, M. **Perspectives of Curriculum Evaluation**. Washington, D.C: American Educational Research Association, 1967.

SOEIRO, L., AVELINE, S. **Avaliação Educacional**. Porto Alegre: Sulina, 1982.

ZIMMERMAN, B. J. Investigating self-regulation and motivation: historical background, methodological developments, and future prospects. **American Educational Research Journal**. 45, (1), 166-183, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Avaliação

CURSO DE EXTENSAO: INTRODUTÓRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SES/RS
UNASUS/UFCSPA

FICHA DE AVALIAÇÃO

Turma:

Tutor(a):

Data: / /

CRITÉRIOS					
1. Tutoria					
• Motivação					
• Mediação das discussões					
• Comunicação					
2. Aspectos individuais					
• Apoio dos gestores					
• Acesso a Internet					
• Interação com o ambiente virtual					
• Organização do tempo para fazer as aulas					
• Comprometimento					
• Motivação					
• Participação					

Este curso foi importante para você? Sim () Não () Por que?

Há algo mais que você gostaria de nos dizer?

ANEXO B – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de avaliação no Curso Introdutório de Saúde da Família/RS - modalidade EaD: Uma análise da perspectiva dos participantes

Pesquisador: Alexandre do Nascimento Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58363716.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.892.843

Apresentação do Projeto:

Os processos de educação em saúde vêm se consolidando nos últimos anos através da implementação de políticas públicas de educação permanente voltadas para a qualificação dos serviços e dos profissionais de saúde, principalmente dos que atuam em Estratégia de Saúde da Família - ESF. Grande parte desses processos educacionais ocorrem através de cursos presenciais, semipresenciais ou na modalidade a distância

(EaD), como o Curso Introdutório de Saúde da Família executado pela Universidade Aberta do SUS – UNASUS/UFCSPA em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Em muitos cursos de ESF que se utilizam da modalidade EaD, os processos de avaliação dessa e das demais práticas educativas não são explorados ou mesmo realizados sob uma ótica qualitativa. Na sua grande maioria as pesquisas discutem a avaliação a partir de uma lógica quantitativa, em que práticas de mensuração do conhecimento são comuns. Torna-se necessário, portanto, analisar qual concepção de avaliação está sendo utilizada nesses cursos, bem como qual cenário essas avaliações apresentam (quantificação, questionários, relatórios etc.), já que se vislumbra que poucas pesquisas se propõem a analisar o processo avaliativo in situ. Diante desse cenário, este projeto tem como objetivo geral analisar as práticas de avaliação realizadas pelos participantes durante a formação, na

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br