

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família no Estado de Mato Grosso: contribuições para o monitoramento e a avaliação no Lato Sensu”

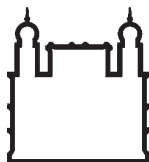
por

Vanessa Thaís Bonfim Vilas Boas

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Rio de Janeiro, novembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família no Estado de Mato Grosso: contribuições para o monitoramento e a avaliação no Lato Sensu”

apresentada por

Vanessa Thaís Bonfim Vilas Boas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V698 Vilas Boas, Vanessa Thaís Bonfim
A implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família no Estado de Mato Grosso: contribuições para o monitoramento e a avaliação no Lato Sensu. / Vanessa Thaís Bonfim Vilas Boas. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
xiv, 164f., il., tab., graf.

Orientadora: Mendonça, Maria Helena Magalhães de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Educação de Pós-Graduação. 2. Formação de Recursos Humanos. 3. Saúde da Família. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Estudos de Casos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 378.1098172

A Deus pelo dom da vida e por tantas graças recebidas, entre elas, a oportunidade de cursar este mestrado.

À Vitória, minha alegria e razão de viver.

AGRADECIMENTOS

À Maria Helena Mendonça, minha orientadora, pela competência, sabedoria, paciência e carinho com que me conduziu neste processo, contribuindo de maneira especial para o meu aprendizado e, sobretudo, pelo modo afetuoso e respeitoso no trato com os alunos, o que a torna ainda mais admirável.

A minha amada mãe, Cida Bonfim, por seu incessante incentivo e dedicação no cuidado esmerado à neta nos vários momentos em que precisei me ausentar e me dedicar aos estudos e também ao meu pai, João Vilas Boas, por todo o apoio.

Aos companheiros do mestrado, em especial às queridas amigas Nídia e Lissandra que com seu companheirismo, carinho e solidariedade tornaram esta caminhada muito mais fácil e agradável, dividindo alegrias, sonhos e ansiedades.

Às gestoras da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, nas pessoas de Rose Fava, Marta Bumlai e Eliane Jerônimo, pelo apoio, compreensão e amizade.

À coordenação do mestrado, Dr. Antenor Amâncio e Dr. Sérgio Pacheco, que conduziram este processo com responsabilidade, competência e carinho, sempre incentivando a todos e confiando no potencial de cada um dos mestrandos.

À Luzimar, secretária do curso, pessoa iluminada e nosso anjo da guarda, que não poupou esforços para nos auxiliar e pelo carinho e dedicação a nós dispensados.

Ao amigo Gustavo Soares, por sua disponibilidade, paciência e ajuda tão valiosa.

Ao Ministério da Saúde pelo investimento na formação de profissionais, entendendo a importância da educação para o fortalecimento e consolidação do SUS.

Aos professores Carlos Eduardo Aguilera Campos e Carlos Fiúza pela aceitação em participar da Banca, contribuições e correção da dissertação.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho...

O meu sincero muito obrigada!

RESUMO

Nas últimas décadas, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) segue sucessivas mudanças impressas por um processo normativo que regulamenta as relações sociais no sistema de saúde brasileiro. Destaca-se neste contexto, a adoção da estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, cujos principais desafios se constituem em reorganizar os serviços de saúde com ênfase na atenção primária (APS) e impulsionar o processo de ruptura do paradigma assistencial vigente.

Tais mudanças incidem na demanda por profissionais com competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) complexas, no sentido de assumirem uma postura de compromisso com um novo “modo de fazer saúde”, consolidando o modelo de atenção baseado na AP. Os cursos de especialização em Saúde da Família aparecem neste contexto com o objetivo de contribuir para a implantação desta política, corrigindo as falhas da formação profissional.

A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), desde a sua criação em 2000, tem contribuído para a formação de profissionais de equipes de Saúde da Família no estado. Em março de 2005, deu início à realização de quatro turmas do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família (CEMISF), de forma descentralizada, nos municípios sede das Regionais de Saúde de Cáceres, Tangará da Serra, Barra do Garças e Sinop. Estas turmas, com média de 40 alunos matriculados em cada uma, perfizeram um total de 150 alunos, todos integrantes de equipes de saúde da família de municípios pertencentes às regionais de saúde referidas. A finalização desse processo de formação se deu em novembro de 2006 com a entrega das monografias de apenas 41 alunos (27,3%).

Tal resultado aliado ao desejo de contribuir para a institucionalização da avaliação na ESPMT nos levou a propor este estudo, que teve o objetivo de avaliar o processo de implementação dessas quatro turmas do CEMISF, com vistas à melhoria e consolidação do processo de formação de especialistas em Saúde da Família no âmbito da referida escola.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa, que adotou como estratégia o estudo de caso. Foram utilizados dados provenientes da análise de documentos relacionados ao curso, aplicação de questionários semi-estruturados, com questões fechadas e abertas, auto-aplicáveis, aos alunos que concluíram todos os componentes curriculares do curso, coordenadores e um grupo de docentes do mesmo, bem como de entrevista com o diretor geral da escola na época da implementação do curso. As

respostas às questões fechadas dos questionários foram analisadas pela frequência das respostas, utilizando-se o *software* SPSS versão 13.0. As respostas abertas foram analisadas por conteúdo.

O estudo permitiu identificar a influência relevante de fatores dos contextos político e organizacional, determinando os problemas ocorridos no processo de implementação do CEMISF. Questiona-se a priorização dada à intervenção no âmbito da política da gestão estadual vigente na época de sua realização e na instituição de ensino como um todo. As mudanças de gestão na SES provocaram a interrupção de mecanismos fundamentais para a continuidade do curso da forma como o mesmo havia sido planejado, como as compras e pagamentos necessários ao provimento de infraestrutura, custeio das despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação dos alunos, referida como uma das principais dificuldades para a realização do curso pelos alunos.

A atuação dos orientadores foi o principal fator referido como facilitador da conclusão do curso com entrega da monografia. Por outro lado, o elemento apontado como maior obstáculo para o sucesso desta etapa, foi a dificuldade de comunicação, especialmente entre alunos e orientadores.

Palavras-chave: Avaliação, Processo de Implementação, Pós-graduação *Lato Sensu*, Saúde da Família.

ABSTRACT

In the last decades, the implantation of the Unified Health System (SUS) follows continuous changes in the normative process that regulates the social relations in the Brazilian Health System. In this context the use of the Family Health (ESF) strategy is emphasized by the Ministry of HEALTH (MS), in 1994, and its main challenges are to reorganize the health services with emphasis on primary care (APS) and to stimulate the rupture process of the current support paradigm.

These have an effect on the demand for professionals with complex aptitudes (knowledge, skills and attitudes), to assume a posture of commitment with a new “way of making health”, consolidating the care model based on the AP. The specialization courses in Family Health appear in this context with the aim of contributing for the implantation of this policy, correcting the faults in the professional formation.

The Public Health School of the State of Mato Grosso (ESPMT), since its creation in 2000, has contributed for the training of the professionals of Family Health groups in the state. In March of 2005, four groups of the Modular and Integrated Specialization Course in Family Health (CEMISF) began functioning in a decentralized way in the main municipalities of the Health Districts of Cáceres, Tangará da Serra, Barra do Garças and Sinop. These groups, with an average of 40 students enrolled in each one, totaled 150 students, all part of the family health groups of municipalities belonging to the health districts mentioned above. The conclusion of this training process was in November 2006 with only 41 students (27,3%) handing over the monograph.

Such a result allied to the desire to contribute for the institutionalization of the evaluation at ESPMT made us propose this study that aimed at evaluating the implementation process of these four groups of CEMISF, so that the process of training specialists in Family health would make the school better and more consolidated.

It is an evaluative research of qualitative nature, that adopted the case study as a strategy. Data from the analyses of documents related to the course were used and also self-applied, semi-structured questionnaires with closed and open questions were given to the students that concluded all the curriculum components of the course, to the coordinators and to a group of teachers of the mentioned school as well as an interview with the main principal of the school at the time of the implementation of the course. The answers to the closed questions to the questionnaires were analyzed by the frequency of the answers, using the *software* SPSS version 13.0. The open answers were analyzed by the content.

The study allowed the identification of the relevant influence of the factors of political and organizational contexts, revealing the problems that occurred during the CEMISF implementation process. The priority given to the intervention in the political scope of the state management current at the time of its accomplishment and in the school as a whole is questioned. The management changes in the SES caused the interruption of fundamental mechanism for the continuity of the course as it had been planned, such as the purchase and payments necessary for the support of the infrastructure, payment of the trips, hotels and food expenses for the students, considered by them as one of the main difficulties in the course.

The performance of the advisors was the main factor mentioned as a facilitator in the conclusion of the course with the monograph. On the other hand, the element pointed as the greatest obstacle for the success of this stage was the difficulty of communication especially between students and advisor.

Key-words: Evaluation, Implementation Process, *Lato Sensu* Post-graduation, Family Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior

CAPSI – Sistema de captação de dados para pagamentos

CEMISF – Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ERS – Escritório Regional de Saúde

ESF – Equipe(s) de Saúde da Família

ESPMT – Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

MT – Mato Grosso

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de conclusão de curso

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos alunos matriculados por categoria profissional.....	58
Tabela 2 – Aproveitamento dos alunos no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família 2005/2006.....	59
Tabela 3 - Tipos de apoio recebidos pelos alunos da gestão municipal para a realização do curso.....	66
Tabela 4 - Participação dos docentes na elaboração do plano de curso do CEMISF.....	71
Tabela 5 - Percepção dos alunos sobre aspectos relacionados à metodologia utilizada no curso.....	72
Tabela 6 - Grau de importância dos componentes curriculares do curso para melhorar a atuação em Saúde da Família, de acordo com os alunos.....	74
Tabela 7 - Opinião dos docentes quanto à flexibilidade do plano de curso do CEMISF.....	76
Tabela 8 - Opiniões dos alunos sobre o cumprimento do cronograma do curso....	79
Tabela 9 - Opinião dos alunos sobre o formato modular do curso, com aulas aos finais de semana.....	80
Tabela 10 - Opinião dos alunos quanto à apresentação do material instrucional...	82
Tabela 11 - Utilização do material instrucional pelos alunos durante as aulas.....	83
Tabela 12 – Utilização do material instrucional pelos alunos fora das aulas como fonte de pesquisa e atualização.....	83
Tabela 13 – Opinião dos alunos quanto à atuação do coordenador central do CEMISF.....	94
Tabela 14 - Opinião dos docentes quanto à atuação do coordenador central do CEMISF.....	95
Tabela 15 - Opinião dos alunos quanto à adequação de aspectos relacionados às salas de aula utilizadas na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.....	101
Tabela 16 - Opinião dos alunos quanto à adequação dos recursos audiovisuais utilizados na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.....	101
Tabela 17 - Opinião dos alunos quanto à adequação dos locais utilizados para aulas práticas no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.....	102

Tabela 18 - Opinião dos docentes quanto à adequação de aspectos relacionados às salas de aula utilizadas na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.....	104
Tabela 19 - Opinião dos docentes quanto à adequação dos locais utilizados para aulas práticas no CEMISF.....	105
Tabela 20 - Distribuição dos níveis de qualificação profissional dos alunos do CEMISF por categoria profissional.....	108
Tabela 21 - Áreas de qualificação profissional (especialização) referidas pelos médicos.....	109
Tabela 22 - Áreas de qualificação profissional (especialização) referidas pelos enfermeiros.....	109
Tabela 23 - Áreas de qualificação profissional (especialização) referidas pelos odontólogos.....	109
Tabela 24 - Formas de inserção no CEMISF segundo os alunos pesquisados.....	112
Tabela 25 - Formas pelas quais os alunos ficaram sabendo da realização do CEMISF.....	112
Tabela 26 - Aspectos do investimento pessoal dos alunos do CEMISF ao iniciarem o curso.....	116
Tabela 27- Opinião de alunos e docentes do CEMISF a respeito da adequação do formato do TCC adotado no curso (monografia).....	119
Tabela 28 - Opinião de alunos e docentes do CEMISF a respeito da forma como se deu a orientação.....	121

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1 – Gráfico da evolução do número de ESF no Estado de Mato Grosso, 1997-2008.....	17
Figura 2 – Modelo lógico da intervenção – Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família: Problema, insumos, atividades, produtos e resultados.....	61
Quadro 01 – Dimensões, subdimensões, indicadores ou critérios para análise da implementação e as fontes de informação a serem utilizadas para a coleta dos dados.....	27
Quadro 02 - Matriz curricular do curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.....	57
Quadro 03 – Alterações nas datas de realização dos componentes curriculares por turma.....	77
Quadro 04 – Fatores que motivaram os coordenadores locais a se inserirem na atividade de coordenação no CEMISF, segundo o nível de importância.....	86
Quadro Resumo 01 - Perfil Geral dos Coordenadores do CEMISF.....	92
Quadro 05 – Fatores que motivaram os professores pesquisados a se inserirem na atividade docente no CEMISF, segundo o nível de importância.....	96
Quadro 06 – Conhecimento dos docentes em relação ao PPP da ESPMT e ao plano de curso.....	99
Quadro Resumo 02 – Perfil profissional dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família – Turmas Cáceres, Barra do Garças, Tangará da Serra e Sinop (2005/2006).....	111
Quadro 07 – Auto-avaliação dos alunos em relação a aspectos relacionados ao seu desempenho no curso.....	115
Quadro 08 – Fatores que motivaram os alunos a realizar o curso segundo o nível de importância.....	117
Gráfico 1– Suficiência da carga horária dos módulos na opinião dos alunos.....	75
Gráfico 2 – Acesso dos alunos ao cronograma no início do curso.....	77
Gráfico 3 - Avaliação dos alunos sobre os conteúdos do material instrucional quanto à sua adequação às aulas.....	84
Gráfico 4 - Avaliação dos alunos sobre os conteúdos do material instrucional quanto à sua relevância em relação às suas necessidades de aprendizado.....	84
Gráfico 5 – Existência de liberação de outras atividades que os coordenadores	

locais desenvolviam no ERS quando assumiu a atividade de coordenação do CEMISF.....	90
Gráfico 6 – Nível de dedicação dos coordenadores locais à atividade de coordenação do CEMISF.....	91
Gráfico 7 – Modos pelos quais foram escolhidos para a docência no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, segundo os docentes pesquisados.....	96
Gráfico 8 - Distribuição por turma dos docentes do CEMISF segundo a máxima titulação.....	97
Gráfico 9 – Experiência de atuação prévia em Saúde da Família entre os docentes do CEMISF pesquisados.....	98
Gráfico 10 – Tipos de experiência prévia dos docentes pesquisados no campo da Saúde da Família.....	98
Gráfico 11 – Opinião dos alunos acerca do desempenho dos professores.....	100
Gráfico 12 - Opinião dos docentes quanto à adequação dos recursos audiovisuais utilizados na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.....	104
Gráfico 13 – Distribuição dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, segundo o tempo de formação.....	108
Gráfico 14 – Distribuição dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, segundo o tempo de vínculo com as Secretarias Municipais de Saúde.....	110
Gráfico 15 – Ex-alunos do CEMISF participantes da pesquisa que atualmente estão atuando em Equipes de Saúde da Família.....	110
Gráfico 16 - Auto-avaliação dos alunos a respeito de sua dedicação pessoal ao curso.....	113
Gráfico 17 - Opinião de alunos e docentes do CEMISF a respeito da adequação do prazo para elaboração e entrega da monografia.....	120
Gráfico 18 - Opinião de alunos do CEMISF sobre o desempenho do orientador....	122

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário dirigido aos alunos	144
Anexo 2 - Questionário dirigido aos docentes	155
Anexo 3 – Questionário dirigido aos coordenadores locais	162
Anexo 4 – Questionário dirigido ao coordenador central	168
Anexo 5 – Roteiro de entrevista	176
Anexo 6 – Roteiro para análise documental	177

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
Problema.....	18
Justificativa.....	18
Perguntas avaliativas.....	18
OBJETIVOS – Geral e específicos.....	19
1. PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
1.1 A população em estudo.....	21
1.2 Instrumentos da pesquisa empírica.....	22
1.3 Análise e interpretação dos resultados.....	30
1.4 Aspectos éticos.....	31
2. MARCO CONCEITUAL.....	32
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA AVALIAÇÃO.....	32
2.1.1 A AVALIAÇÃO NO CAMPO EDUCACIONAL: A QUESTÃO DO <i>LATO SENSU</i>	36
2.2 DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	40
2.3 CONCEPÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO DE ADULTOS – A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO.....	45
3. RESULTADOS.....	54
3.1 O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MODULAR E INTEGRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (CEMISF) - DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO AVALIADA.....	54
O MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO.....	60
3.2 Dimensão - Contexto político.....	63
3.3 Dimensão - Contexto organizacional.....	67
3.4 Dimensão – Implementação.....	69
3.4.1 Subdimensão – Financiamento.....	69
3.4.2 Subdimensão – Plano de curso.....	71
3.4.3 Subdimensão – Cronograma.....	76
3.4.4 Subdimensão – Material instrucional.....	81
3.4.5 Subdimensão – Coordenação.....	85
3.4.6 Subdimensão – Docentes.....	95
3.4.7 Subdimensão – Infraestrutura.....	100
3.4.8 Subdimensão – Colegiados de curso.....	106
3.4.9 Subdimensão – Discentes.....	107
3.4.10 Subdimensão – Acompanhamento pedagógico.....	117

3.4.11 Subdimensão – Trabalho de conclusão de curso.....	119
3.5 Dimensão – Efeitos da intervenção.....	123
4. DISCUSSÃO.....	132
5. REFERÊNCIAS.....	139
6. ANEXOS.....	143

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) segue sucessivas mudanças impressas por um processo normativo que regulamenta as relações sociais no sistema de saúde brasileiro. Destaca-se neste contexto, a adoção da estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, cujos principais desafios se constituem em reorganizar os serviços de saúde com ênfase na atenção primária (APS) e impulsionar o processo de ruptura do paradigma assistencial vigente.

Tais mudanças incidem na demanda por profissionais com competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) complexas, no sentido de assumirem uma postura de compromisso com um novo “modo de fazer saúde”. Neste, as práticas devem valorizar as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças, bem como atenção integral às pessoas e suas famílias, considerando o contexto político, social, econômico e cultural em que estão inseridas. (GIL, 2005)

CAMPOS & AGUIAR (2005) afirmam que “dos médicos e enfermeiros que atuam em uma equipe de saúde da família” (e podemos estender tal afirmação também aos dentistas),

[...]cobra-se uma formação generalista, que deve proporcionar a capacidade de transitar - com desenvoltura – pelas áreas de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. A mesma destreza deve ser garantida para o manejo de instrumentos de abordagem do coletivo e de diagnóstico da comunidade. (CAMPOS & AGUIAR, 2005, p. 02)

Contudo, as inadequações presentes no processo de formação de recursos humanos para o SUS no Brasil, inviabilizam o desenvolvimento destas competências na graduação. A orientação pedagógica tradicional, os currículos organizados em forma de disciplinas fragmentadas, a falta de integração entre ensino e prática, utilização de hospitais como principal cenário de práticas e orientação dos programas numa perspectiva de mercado, valorizando a superespecialização, são as principais incoerências identificadas nesse processo. Agrega-se a estes fatores, a desintegração entre o processo educacional e o processo de trabalho, em que a formação não leva em conta as reais necessidades do serviço. (AGUIAR, 2005)

Neste contexto, observa-se o crescimento da oferta de cursos de especialização no campo da saúde coletiva, em diversas instituições, com inúmeras configurações de propostas curriculares, cargas horárias, modalidades de aprovação de alunos e campos

de experimentação (CECCIM, 2000).

Diante deste panorama, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem implementando medidas com vistas à solução destes relevantes problemas que são comuns a todos os estados brasileiros, especialmente quando se trata da Estratégia de Saúde da Família.

Dentre tais medidas estão o incentivo aos programas de qualificação profissional através do financiamento de cursos de especialização em Saúde da Família pelo Fundo Nacional de Saúde e a criação de mecanismos que promovam a interlocução e cooperação entre as instituições de ensino que ofertam tais cursos, secretarias municipais de saúde e entidades de classe, apostando na formação de redes (p. ex. Rede MAES - Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família).

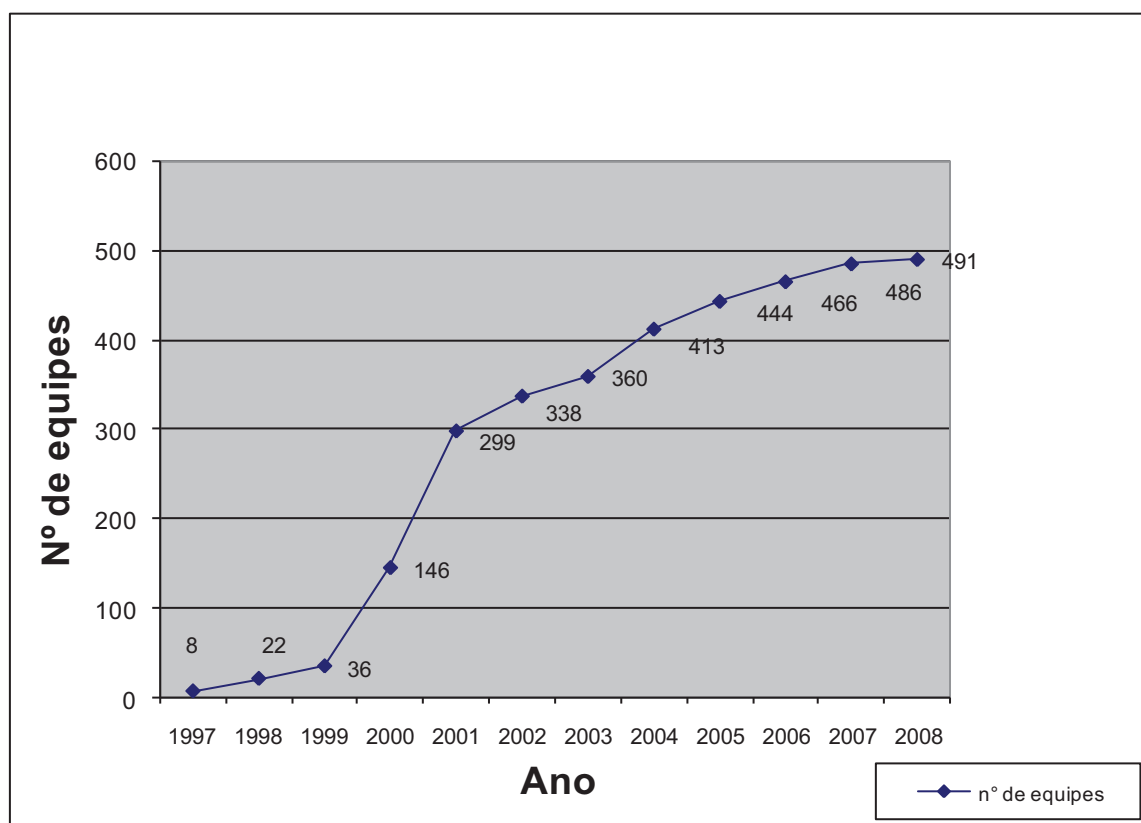
Conforme lembra Gil (2005),

O Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória nacional com o objetivo de implementar a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde. (GIL, 2005, p. 492)

No âmbito do estado de Mato Grosso, a Saúde da Família foi definida no Plano Estadual de Saúde referente ao quadriênio de 2000 a 2003, como a estratégia para a reorganização da atenção básica. A meta a ser atingida até dezembro de 2003 seria a implantação de 250 equipes para atingir a cobertura de 50% da população. (MATO GROSSO, 2000)

A figura 1, abaixo, apresenta a evolução do número de equipes de Saúde da Família no estado, no período compreendido entre 1997 e março de 2008. Observa-se que a meta já havia sido superada em 2003, uma vez que já existiam 360 equipes implantadas.

Figura 1 – Gráfico da evolução do número de ESF no Estado de Mato Grosso, 1997 - 2008.



Fonte: Relatório de Captação de Dados para Pagamento de Incentivos – CAPSI/SESMT

A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), desde a sua criação em 07 de Abril de 2000, tem contribuído com a qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, desenvolvendo programas de pós-graduação *lato sensu*, seja em formato de residência multiprofissional ou de especialização.

Inicialmente, até o credenciamento da mesma em 2005 junto ao Conselho Estadual de Educação, que permitiu a realização e certificação deste tipo de programa com autonomia, a execução dos cursos se dava por meio de mecanismos de cooperação técnica com universidades locais, na perspectiva de atender à demanda gerada pela política de saúde e de recursos humanos local.

O Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família (CEMISF), com clientela composta por médicos, enfermeiros e odontólogos inseridos em equipes de Saúde da Família do estado, foi criado com o objetivo principal de desenvolver nestes profissionais as habilidades necessárias à assunção das funções inerentes à estratégia Saúde da Família.

Em março de 2005, tiveram início quatro turmas do CEMISF de forma descentralizada,

nos municípios sede das Regionais de Saúde de Cáceres, Tangará da Serra, Barra do Garças e Sinop. Estas turmas, com média de 40 alunos matriculados em cada uma, perfizeram um total de 150 alunos, todos integrantes de equipes de saúde da família de municípios pertencentes às regionais de saúde referidas. A finalização desse processo de formação se deu em novembro de 2006 com a entrega das monografias de apenas 41 alunos (27,3%).

Ainda em 2005, a ESPMT com o objetivo de iniciar um processo de avaliação dos referidos cursos, discutir os elementos que dificultavam a mudança de prática dos profissionais de Saúde da Família e construir uma proposta de reorientação dos processos de formação/qualificação dos mesmos, realizou uma Oficina de Avaliação dos Cursos de Especialização em Saúde da Família em Cuiabá/MT.

Na ocasião, vários problemas foram apontados com relação ao curso como a inadequação do perfil dos professores, a falta de integração entre os componentes curriculares do curso, a deficiência na logística, entre outros. Acrescente-se o baixo aproveitamento das turmas no curso que se estendeu por mais de 12 meses.

Esses dados fizeram crescer a percepção de que avaliar o processo de implementação dos cursos é condição fundamental e deve se dar de maneira sistemática e institucionalizada no âmbito da ESPMT, que assim contribuirá para a busca da qualidade da formação ofertada, atributo incremental e que pode ser melhorado permanentemente.

A ESPMT mantém como seu eixo prioritário a formação e qualificação de profissionais para atuarem em Atenção Primária/Saúde da Família, cuja demanda é significativa no estado, daí a relevância deste estudo avaliativo e da delimitação das seguintes **perguntas avaliativas** a serem respondidas:

- **O curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela ESPMT foi implementado de acordo com o planejado?**
- **Que fatores facilitaram e/ou dificultaram a implementação dos cursos?**
- **Que fatores foram obstáculos ou facilitaram aos alunos a conclusão do curso?**

Assim, o presente estudo se refere à implementação de quatro turmas do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família (CEMISF) realizadas pela ESPMT, no período de 2005 a 2006, nos municípios de Cáceres, Tangará da Serra,

Barra do Garças e Sinop.

Tem por objetivo geral avaliar o processo de implementação dessas quatro turmas do CEMISF, com vistas à melhoria e consolidação do processo de formação de especialistas em Saúde da Família no âmbito da referida escola. Pretende alcançar este resultado por uma descrição da intervenção, pela análise da influência de fatores dos contextos (político e organizacional) sobre a implementação do curso, facilitando e/ou dificultando-a; pelo conhecimento da percepção dos alunos acerca dos fatores que facilitaram e/ou dificultaram a conclusão do curso; e, finalmente, pela construção e validação de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação dos cursos de especialização em Saúde da Família.

O estudo está organizado em quatro capítulos, cujo primeiro descreve a metodologia utilizada para o alcance dos propósitos do estudo, o segundo apresenta os temas integrantes do marco conceitual que conferiram o suporte teórico para as discussões e análises pertinentes, apontando as principais considerações do campo da avaliação de modo geral e da avaliação no campo educacional, principalmente em relação à pós-graduação *lato sensu*. Outros assuntos discutidos dizem respeito aos desafios da formação de trabalhadores para a atuação na Estratégia Saúde da Família e as concepções de educação relacionadas à superação destes desafios, principalmente a da Metodologia da Problematização (eleita pela ESPMT) e a identificação de suas bases na produção de outros cientistas educacionais, com destaque para John Dewey e Paulo Freire. No terceiro capítulo são elucidados os resultados da pesquisa de campo e no quarto as discussões, considerações finais e recomendações da pesquisa

1. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo constitui-se numa pesquisa avaliativa que tem por finalidade avaliar a implementação do Curso de Especialização em Saúde da Família, com foco no processo e que adota como estratégia o estudo de caso. Trata-se, portanto, de um estudo de natureza qualitativa, sendo que a opção por este tipo de abordagem justifica-se por “serem entendidas como as metodologias capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (...)” (MINAYO, 2000, p. 10).

A escolha pelos estudos de caso deu-se devido a suas características de investigar um fenômeno dentro de seu contexto real, principalmente quando não se pode definir claramente os limites entre eles e quando consideramos que os contextos são muito importantes na determinação dos fenômenos. (YIN, 2005)

Os estudos de caso são considerados os métodos mais apropriados para analisar a implantação de uma intervenção, especialmente quando há a necessidade de se aprofundar nos processos. Além disso, podem possibilitar o confronto de casos semelhantes a um determinado quadro teórico no sentido de se verificar se existe réplica de resultados em diferentes contextos (YIN, 2005; HARTZ, 1997).

Pelo fato de o referido curso ter sido realizado em quatro localidades diferentes, com contextos que também se pode considerar múltiplos ou distintos, os estudos de caso possibilitarão elucidar as características próprias de cada contexto que possivelmente tenham influenciado no processo de implementação de cada turma e nos efeitos observados.

Ao optar-se pela abordagem de vários atores relacionados ao objeto do estudo e diversos instrumentos de coleta de dados, buscou-se apreender “o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa” (MINAYO, 2000, p. 102) e, sobretudo, buscar uma forma de conferir maior confiabilidade aos dados. Assim sendo, o estudo se beneficiou da perspectiva da triangulação que, segundo Minayo (2005) “é um termo usado nas abordagens qualitativas para indicar o uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, de vários informantes e pontos de vista de observação, visando à verificação e validação da pesquisa.”

Trata-se de uma avaliação cujo objetivo oficial considera-se *formativo*, ou, de acordo com a tipologia definida por WORTHEN, SANDERS & FITZPATRICK (2004), é a avaliação feita para dar à equipe do programa, informações úteis para seu aperfeiçoamento.

Classifica-se esta avaliação como interna, pois a pesquisadora esteve diretamente relacionada ao processo de implementação da intervenção, já que fez parte da equipe de coordenação do referido curso.

As unidades de análise foram quatro turmas do curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, realizadas pela ESPMT, no período de 2005 a 2006, nos municípios do interior do estado de Mato Grosso: Sinop, Tangará da Serra, Barra do Garças e Cáceres.

1.1– A POPULAÇÃO EM ESTUDO

A definição da população que comporia o estudo baseou-se nas considerações de Minayo (2000, p.102) de que uma amostragem qualitativa “privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; considera-os em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (...)”. Considerou-se ainda, o valor da diversificação dos informantes para que fosse possível apreender semelhanças e diferenças em seus pontos de vista acerca dos aspectos referentes ao processo de implementação do curso, respeitando-se sua homogeneidade em relação aos atributos que interessavam ao estudo.

Assim, os sujeitos da pesquisa foram constituídos pelos alunos que cursaram todos os componentes curriculares do curso (n=91), estando entre estes os que não entregaram a monografia (n=50) e aqueles que tiveram sucesso na etapa de elaboração da mesma concluindo, portanto, a formação como especialistas (n=41).

Excluiu-se da pesquisa os alunos que não concluíram todos os módulos obrigatórios do curso, por ausência ou reprovação, uma vez que não cumpriam os requisitos para seguirem à etapa de elaboração da monografia.

Além destes, foram também sujeitos, o diretor geral da escola na época da implementação do curso (n=1); um técnico da ESPMT que exerceu a atribuição de

coordenador central do curso (n=1), um profissional de cada regional de saúde onde as turmas foram realizadas que atuaram como apoiadores da coordenação central, os quais se denominam, para fins deste estudo, coordenadores locais (n=4) e um grupo de docentes (n=5) que ministraram pelo menos um componente curricular nas quatro turmas do curso e que também tenham orientado a elaboração de monografias. Este último grupo foi formado por meio de um sorteio entre os 13 professores que atendiam aos dois critérios mencionados.

Considerando que grande parte dos sujeitos da pesquisa (os alunos) pertencia a municípios do interior do Estado e a provável rotatividade dos profissionais, uma vez que já se passaram alguns anos desde o término curso, utilizou-se algumas estratégias para possibilitar o acesso aos mesmos.

Primeiramente, buscou-se localizá-los através dos telefones e endereços eletrônicos (*e-mail*) contidos em documentos do curso como as fichas de inscrição. Aos que não foram localizados desta forma, procedeu-se a uma pesquisa nos relatórios do CNES, a partir de seus respectivos números de Cadastro de Pessoa Física - CPF, para identificação de seus atuais municípios de atuação. Feito isto, buscamos o contato por meio das Secretarias Municipais de Saúde. Outra forma utilizada foi a de pesquisar os contatos atuais de alguns profissionais com seus colegas de trabalho.

No contato telefônico, todos os sujeitos selecionados foram convidados a participar da pesquisa quando confirmaram-se as informações sobre os endereços (eletrônico e físico) atuais dos mesmos, reforçando a importância desta participação e elucidando os objetivos do estudo.

Ao fim desta etapa, observou-se a perda de 17 alunos, restando 74 alunos como participantes da pesquisa.

1.2 – INSTRUMENTOS DA PESQUISA EMPÍRICA

Para alcançar os objetivos delineados, foram utilizados dados de origem primária e secundária, oriundos de várias estratégias de coleta. São elas:

- análise documental dos registros disponíveis sobre o curso - projeto/plano de curso, cronogramas de execução dos módulos de cada turma, currículos dos professores, apostilas do curso, fichas de inscrição dos alunos, diários de classe;

- questionários semi-estruturados, auto-aplicáveis, contendo perguntas fechadas e abertas, destinados aos alunos, docentes e coordenadores locais;
- questionário semi-estruturado, com perguntas fechadas e abertas, preenchido por entrevista com o coordenador central do curso;
- entrevista com roteiro estruturado, realizada com o sujeito que atuava como gestor da ESPMT na época em que as turmas foram realizadas.

A pesquisa iniciou-se com a análise de documentos pertinentes ao curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, onde se buscou informações sobre a proposta do curso em seu projeto/plano de curso, para que se pudesse descrever o mesmo, suas características peculiares, objetivos, metodologia, entre outros aspectos, informações sobre os docentes, que foram identificados por meio dos diários de classe e, posteriormente, consultou-se os currículos dos mesmos para levantar dados sobre sua máxima titulação.

A observação das fichas de inscrição dos alunos permitiu a coleta de dados como endereço, telefone, email e CPF, a fim de proceder à etapa de localização e contato inicial com estes sujeitos, valendo ressaltar que os números de CPF foram fundamentais para tal objetivo, uma vez que muitos foram encontrados por meio do cadastro de profissionais no CNES.

Os questionários foram elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa e com base na matriz de informação construída com a finalidade de sistematizar as dimensões, indicadores e critérios a serem considerados na avaliação (quadro 3). Assim, foram elaborados três tipos de questionário – questionário alunos, questionário docentes e questionário coordenadores locais. Levaram-se em conta os aspectos que poderiam ser verificados com cada tipo de sujeito, sendo que alguns destes aspectos poderiam ser abordados do ponto de vista de diferentes atores. Assim, os questionários apresentaram questões similares para proporcionar a comparação das opiniões de diferentes sujeitos em relação a um mesmo aspecto da implementação do curso. Foi o caso, por exemplo, das questões referentes à infraestrutura disponível para o curso, que fizeram parte tanto dos questionários aplicados aos docentes quanto dos dirigidos aos alunos.

Logo depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, procedeu-se à realização de um teste piloto com aplicação dos questionários a três profissionais que cursaram outra turma do mesmo curso, realizada em Cuiabá, um ano antes das turmas estudadas. A

partir dos resultados e das dificuldades apontadas pelos participantes, realizou-se um ajuste no instrumento, aperfeiçoando algumas questões.

Segundo Worthen, Sanders & Fitzpatrick (2004, p. 484) “os questionários podem ser criados para avaliar atitudes, opiniões, comportamento, particularidades da vida (...)”. Os tipos de perguntas compreendidos em um questionário podem ser abertas com as quais se trabalha a análise de conteúdo, perguntas abertas que contemplem respostas breves e objetivas (como a quantidade de tempo de trabalho em determinado local) e questões fechadas, de múltipla escolha.

Os questionários tiveram suas questões organizadas em blocos, de acordo com as dimensões relacionadas na matriz de informação, conforme segue:

- Questionário alunos: perfil profissional, inserção no curso e desempenho pessoal, contexto político, implementação do curso, efeitos do curso e gestão do curso;
- Questionário docentes: perfil profissional, atividade docente, implementação do curso e gestão do curso;
- Questionário coordenadores locais: perfil profissional, atividade de coordenação e implementação do curso.

Os questionários foram enviados aos sujeitos de três formas: inicialmente pelo correio, acompanhados de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (uma para ser assinada e devolvida juntamente com o questionário respondido e outra para ficar em posse do sujeito da pesquisa) e de um envelope selado e endereçado ao pesquisador, para devolução dos questionários sem ônus aos participantes; por *e-mail*, de modo que os sujeitos tivessem a opção de modificar o arquivo com suas respostas e enviá-los à pesquisadora também por *e-mail*; e através da internet. Neste último, os sujeitos foram cadastrados no sistema que abriga os questionários na *web* e receberam um convite (no *e-mail* cadastrado) gerado automaticamente pelo sistema após o cadastro. Juntamente com o convite, foi encaminhado um *e-mail* orientando sobre todos os passos que os sujeitos deveriam seguir para responder os questionários através do sistema (www.sistemaquestor.com.br). Os questionários foram encaminhados em agosto de 2009.

Diante do fato da ESPMT ter oferecido, este ano, uma oportunidade para os alunos que

não houvessem concluído a etapa de elaboração da monografia, concluí-la mediante a participação em um módulo de Metodologia da Pesquisa, com duração de 40 horas e de Seminários de Acompanhamento mensais, presenciais, na sede da referida escola e da pesquisadora ser funcionária da mesma, houve facilidade de contactar 18 desses alunos enquanto os mesmos participavam dos seminários.

Estes foram abordados pessoalmente, no final de julho de 2009, receberam o questionário em mãos, sendo que 12 entregaram os questionários respondidos antes do término da semana e retorno aos seus municípios de origem. Do total de 74 alunos, 39 (52,7%) responderam aos questionários.

No grupo de docentes houve 100% de participação dos sujeitos convidados para a pesquisa, sendo que dois responderam os questionários no sistema e três os enviaram por e-mail.

Os questionários dos coordenadores locais também foram entregues em mãos, no período compreendido entre o final de julho e início de agosto de 2009, já que os referidos sujeitos puderam ser encontrados na ESPMT, por ocasião de sua participação em freqüentes reuniões técnicas da Secretaria Estadual de Saúde que foram realizadas nas dependências da escola. Dos 04 coordenadores locais, 03 responderam aos questionários.

O questionário dirigido ao coordenador central constituiu-se de 44 questões (objetivas e opinativas), organizadas em seis blocos: perfil profissional, atividade de coordenação, financiamento, contexto político, implementação e gestão do curso. Este foi preenchido por meio de uma entrevista, com duração de 1 hora e 24 minutos.

O roteiro aplicado na entrevista com o gestor escolar foi estruturado com 5 questões, organizadas nas seguintes dimensões: prioridade da intervenção (1 questão) e implementação do curso (4 questões).

As entrevistas foram gravadas com o devido consentimento dos sujeitos, que foram esclarecidos sobre os potenciais riscos e benefícios da pesquisa, procedendo à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As mesmas foram transcritas de maneira fidedigna às declarações.

O quadro abaixo representa a matriz de informação onde foram sistematizadas as

dimensões da avaliação e respectivos critérios ou indicadores utilizados na análise da implementação do curso. As estratégias selecionadas para a coleta de dados estão representadas através da seguinte legenda:

A – Questionário dirigido aos alunos;

B - Questionário dirigido aos professores;

C – Questionário dirigido aos coordenadores locais e central;

D – Análise documental;

E – Entrevista com o gestor escolar.

Quadro 01 – Dimensões, subdimensões, indicadores ou critérios para análise da implementação e as fontes de informação a serem utilizadas para a coleta dos dados

Dimensões e subdimensões da avaliação	Critérios ou indicadores	Fontes de informação				
		A	B	C	D	E
I. Contexto político (externo)	Critérios para participação no curso;	x			x	
	Acordos e parcerias realizadas entre a IES e outras instâncias para a realização do curso;			x		
	Relevância política dada ao curso			x		x
	Apoio dos gestores municipais aos participantes do curso	x		x		
II. Contexto organizacional	Formas de gestão do curso			x	x	
	Autonomia decisória; autonomia de gestão administrativa e financeira do curso; priorização da intervenção pela escola			x		x
III. Implementação	<i>Financiamento</i>			x		x
	<i>Plano de curso</i>					
	- Processo de elaboração		x	x		
	- Adequação	x	x			
	- Flexibilidade	x	x			
	<i>Cronograma</i> <i>Material instrucional</i>	Realização de mudanças necessárias no decorrer do curso.		x		
	Existência de um cronograma e cumprimento do mesmo	x		x	x	

- Forma de elaboração apresentação e organização	Elaborado com participação de docentes; de acordo com a metodologia adotada - problematização; legível.	x	x	x	x	
- Disponibilidade	Disponíveis em quantidade suficiente e no momento oportuno;	x	x			
- Utilização	Material utilizado durante as aulas e após (como fonte de pesquisa para os alunos).	x	x			
- Adequação	Conteúdos do material considerados adequados em relação às aulas e às necessidades de aprendizado dos alunos	x	x			
<i>Coordenação</i>						
-Atividade de coordenação	Formas de recrutamento, incentivo ou remuneração; atividades desenvolvidas;				x	
- Disponibilidade	Horas semanais dedicadas às atividades; número de coordenadores por curso; liberação de outras atividades desenvolvidas				x	
- Adequação	Perfil adequado às atividades; bom relacionamento com a ESPMT, alunos e professores.	x	x	x		
- Compromisso	Realização de todas as atividades previstas com prioridade.				x	
<i>Docentes</i>						
-Formas de inserção	Realização de seleção com análise de currículo, entrevista e prova didática;		x	x		
- Adequação	Vínculo com a instituição; perfil adequado às atividades (percentual de mestres e doutores maior ou igual a 50%; experiência na área específica; conhecimento e domínio da metodologia adotada; conhecimento do projeto político pedagógico da instituição e plano de curso; relacionamento adequado com alunos e coordenadores; desempenho nas aulas e orientação.)	x	x	x		x
<i>Colegiados de curso</i>						
	Existência e forma de organização				x	
<i>Infraestrutura</i>						

- Adequação	Formas de alocação; salas de aula com tamanho, iluminação, acústica, temperatura e mobiliários adequados; recursos didáticos adequados (informática, audiovisuais); locais para aulas práticas adequados; agilidade na certificação do curso.	x	x	x		
- Disponibilidade	Disponibilidade de acervo bibliográfico para os alunos na regional; disponibilidade de apoio logístico e administrativo ao curso;			x		
<i>Discentes</i>	Perfil profissional; mecanismos de inserção no curso; dedicação ao curso (auto-avaliação); motivação para realização do curso.	x		x		
<i>Acompanhamento pedagógico do curso</i>	Realização de supervisão local, acompanhamento do desenvolvimento dos planos de aula, reuniões com docentes.		x	x		
<i>Trabalho de Conclusão de curso</i>						
- Adequação	Formato de monografia, prazo de elaboração e entrega, forma de orientação, desempenho do orientador e do orientando considerados adequados.	x	x			
IV. Efeitos da intervenção						
<i>Número de alunos que concluíram o curso com entrega de monografia</i>	Fatores que, na visão dos alunos, foram facilitadores ou obstáculos para a conclusão do curso;	x				
<i>Melhoria da resolubilidade</i>	Percepção dos alunos acerca da contribuição do curso sobre a melhoria de sua capacidade de resolver problemas na ESF.	x				

Fonte: Modelo adaptado de NATAL et al, 2004.

1.3 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Decidiu-se pela utilização da análise de conteúdo do tipo análise temática, adotando o referencial de Bardin (2009), segundo a qual, esta estratégia analítica parece um recurso útil para se compreender as comunicações, na busca de evitar o que chama de “ilusão da transparência dos fatos sociais” (BARDIN, 2009, p. 30) que atinge principalmente aqueles que têm mais familiaridade com o objeto de análise.

A mesma autora considera que a definição da análise de conteúdo resume-se em:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (BARDIN, 2009, p. 44)

Esta técnica de análise, especialmente a análise temática, mostrou-se pertinente e coerente com o propósito deste estudo que buscou apreender os principais pontos do processo de implementação do curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, através das opiniões e percepções dos diversos atores nele envolvidos.

Dentre o conjunto de técnicas com as quais se pode realizar a análise de conteúdo, neste estudo fez-se a opção pela análise temática, em que o tema constitui-se na unidade de significação do texto analisado. (BARDIN, 2009)

Assim, a partir da leitura atenta das declarações dos sujeitos da pesquisa, procedeu-se à categorização, extraindo-se as idéias centrais (categorias) presentes em cada resposta. As idéias similares foram agrupadas e, para cada uma colocou-se alguns exemplos ou recortes das falas, bem como a frequência em que a idéia apareceu no conjunto das manifestações dos pesquisados. Para tanto, adaptou-se um modelo de sistematização apresentado por Bardin (2009), com base no esquema utilizado por Farah (2006), chegando-se ao seguinte quadro para organização da categorização:

Idéia central	Exemplos	Frequência	%
---------------	----------	------------	---

Bardin incentiva a reinvenção e adaptação das técnicas, pois, para a mesma, na análise de conteúdo não há uma receita pronta, e sim uma regra de base

“Não existe pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados como é o caso (...) de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas.” (BARDIN, 2009, p. 32)

A análise das questões objetivas dos questionários deu-se por meio da frequência e percentual das respostas assinaladas. Para tanto, utilizou-se o *software* SPSS, na sua versão 13.0.

1.4 - ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, garantindo o atendimento a todos os requisitos da Resolução 169/96 (Conselho Nacional de Saúde).

A pesquisa, protocolada no CEP/ENSP sob o N° 59/09, teve parecer de aprovação do referido comitê no dia 15/06/09.

2. MARCO CONCEITUAL

2.1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA AVALIAÇÃO

A avaliação, de acordo com CONTANDRIOPOULOS *et al* (1997), é uma prática tão antiga quanto o mundo e até considerada banal. O simples ato de observar os sinais do tempo para decidir se devemos sair com um guarda-chuva ou colocar um casaco é um exemplo de avaliações informais que fazemos todos os dias.

Tendo como pioneiros os economistas, a avaliação de programas públicos teve seu início com vistas a atender à necessidade dos Estados de verificar as vantagens e custos das intervenções, além de garantir que fossem o mais eficazes possível, já que os mesmos passaram a ser os mantenedores desses programas no período pós IIª Guerra Mundial. “O hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas tornou-se freqüente após a Segunda Guerra Mundial nos países centrais do capitalismo, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem-estar social.” (MINAYO, 2005, p. 21)

Assim, a avaliação tem servido como um relevante instrumento de gestão que teve como suas primeiras finalidades, determinar a validade de programas, projetos ou ações, no que se refere à sua capacidade de produzir os resultados esperados e de fazer um balanço entre os efeitos produzidos em relação aos recursos investidos (custo benefício). Contudo, pode-se perceber o incremento dos usos da prática de avaliação conforme o que se apresenta mais adiante.

Diante das inúmeras definições de avaliação, nos parece adequada a de que se trata de “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997, p.31). Tais julgamentos podem ser feitos por meio do estudo da consonância de uma intervenção com normas e critérios estabelecidos, caracterizando-se como uma avaliação normativa, ou aplicando-se procedimentos científicos para examinar relações entre os diversos componentes de uma intervenção e os efeitos esperados da mesma (pesquisa avaliativa).

Complementamos esta definição com as considerações de Minayo (2006, p. 20) de que a avaliação resume-se em “compreender o que contribui para o êxito dos programas, projetos e serviços”, devendo ser parte da práxis, do planejamento de gestores e

técnicos, de forma que sejam criados espaços permanentes de reflexão sobre a prática, desconstruindo idéias, alinhando conceitos, corrigindo rumos e mudando prioridades na busca por qualidade.

Por sua vez, a pesquisa avaliativa pode ser definida segundo Contandriopoulos *et al* (1997, p. 37), como um julgamento *ex post* de uma intervenção por meio de métodos científicos, analisando sua pertinência, seus “fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Portanto, uma avaliação pressupõe uma análise que se possa decidir sobre algo, isto é, um processo de reflexão para a ação, não se limitando simplesmente ao julgamento do mérito daquilo que é avaliado, mas a busca pelo seu aprimoramento até o nível máximo possível. “(...) toda boa avaliação que acompanha o desenrolar de uma proposta, é uma iniciativa que subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação” (MINAYO, 2005, p. 20). Desse modo, a avaliação se constitui em uma atividade tanto política quanto científica, pois ao mesmo tempo em que se baseia nos métodos científicos, ainda que não exclusivamente, é também utilizada para um grande número de funções políticas.

Schneider (2009) afirma que o potencial de uma avaliação de contribuir na melhoria da formulação de políticas tem esbarrado em dois problemas: o fato dos deliberadores não considerarem as avaliações realizadas como relevantes para tomar decisões e (conseqüentemente) de sentirem falta de informações que consideram importantes e que raramente são produzidas pelas pesquisas.

Por isso, dentre as principais mudanças ocorridas na área da avaliação, destaca-se a adoção do “uso como o mais importante indicador de valor do próprio empreendimento avaliativo” (SCHNEIDER, 2009, p. 313), de modo que uma avaliação sem um real potencial de utilização não teria razão de ser realizada.

Autores como Patton dedicam-se a destacar a utilização como um dos aspectos primordiais para uma boa avaliação. Defende uma espécie de método avaliativo que denomina Avaliação Focada na Utilização, sobre a qual orienta:

“A Avaliação Focada na Utilização (AFU) inicia com a premissa de que as avaliações deveriam ser julgadas por sua utilidade e uso atual; desta forma, os avaliadores deveriam facilitar o processo de avaliação e projetar qualquer tipo de avaliação atentando cuidadosamente para como todas as realizações, *do início ao fim*, irão afetar o uso.” (PATTON, 1997, p. 05)

Desse modo as avaliações terão tanto mais valor quanto mais forem úteis aos principais envolvidos, usuários ou beneficiários do processo avaliativo e, para que sejam úteis, devem se constituir em processos participativos, envolvendo os principais atores em todas as etapas da avaliação, inclusive, na tomada de decisão sobre o processo avaliativo.

Uma das práticas fundamentais do avaliador consiste em providenciar que a avaliação tenha seus usos aproveitados, principalmente no que tange à utilização de seus achados e recomendações para a melhoria de um programa ou qualquer que seja o objeto da avaliação. É um equívoco acreditar que somente a realização de uma avaliação, por si só, venha a promover mudanças e melhorias.

“A avaliação serve para identificar pontos fortes e fracos, destacar o que é bom e expor defeitos, mas não pode, sozinha, corrigir problemas, pois esse é o papel da administração e de outros responsáveis, que podem usar as conclusões da avaliação como instrumento de ajuda nesse processo.” (WORTHEN, SANDERS & FITZPATRICK, 2004, p. 57)

Acerca da avaliação de implantação/implementação de um programa ou intervenção – propósito deste estudo - HARTZ (1997) destaca que

“a importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes) e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações.” (HARTZ, 1997, p. 96)

Worthen, Sanders & Fitzpatrick (2004) distinguem dois papéis da avaliação: o formativo e o somativo. Na avaliação formativa busca-se fornecer informações à equipe de um programa que sejam úteis à melhoria do mesmo, enquanto na avaliação somativa realiza-se e publiciza-se seus resultados para dar aos responsáveis pela tomada de decisões do programa e aos usuários potenciais do objeto avaliado, julgamentos sobre seu valor ou mérito, considerando critérios estabelecidos.

Diante dos exemplos apresentados pelos autores para caracterizar as avaliações somativas e formativas, nos parece que as primeiras dizem respeito a avaliações com foco nos resultados e impactos de um dado programa (ação, intervenção), enquanto as

últimas nos remetem a avaliações focadas no processo de implantação e/ou implementação do que se avalia.

Outra diferença está no público para o qual se destina cada tipo de avaliação. “Na avaliação formativa, o público é a equipe do programa (...)”. Os públicos da avaliação somativa são consumidores potenciais (alunos, professores, empregados, etc.), agências de financiamento, gestores e a própria equipe do programa. (WORTHEN, SANDERS & FITZPATRICK, 2004).

A avaliação formativa levaria a decisões sobre o desenvolvimento do programa (modificações, revisões), enquanto a somativa orientaria decisões sobre a continuidade do programa, seu encerramento, ampliação, adoção, etc. Sobre a avaliação formativa Patton considera

“Um segundo tipo de avaliação, também considerado importante, é aquele que chamamos de “avaliação formativa” ou “avaliação para o aprimoramento” – uma abordagem da avaliação que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva daqueles que serão beneficiados pelo projeto.” (PATTON, 1997, p. 02)

Outra forma de classificar as avaliações tem a ver com a posição do(s) avaliador(es) em relação ao objeto da avaliação. Elas podem ser **internas** ou **externas**. Nas primeiras, os avaliadores fazem parte da implementação do que está sendo avaliado ou têm relação direta com a intervenção, enquanto nas externas ocorre o contrário.

Em relação às vantagens e desvantagens das avaliações internas e externas pode-se considerar o seguinte: um avaliador interno conhece muito melhor a intervenção do que um externo, tendo muito mais possibilidade de dispor de informações contextuais importantes. Porém, o mesmo pode estar tão envolvido com ela que prejudique a objetividade e neutralidade da avaliação. Nesse caso, um avaliador externo seria mais objetivo e sua provável imparcialidade é valorizada (exceto se houvesse um interesse pessoal no caso). Contudo, este deveria ser bastante perspicaz para apreender informações fundamentais à pesquisa que nem sempre são facilmente acessíveis.

Observa-se a pertinência de todos estes fatores para esta pesquisa, uma vez que se espera que seus achados sejam úteis para o aprimoramento dos cursos de especialização em Saúde da Família realizados pela ESPMT, apontando que estratégias serão mantidas, onde deverão ocorrer mudanças, bem como as influências dos contextos sobre os efeitos

observados, para que possamos prever alternativas estratégicas em planejamentos futuros. Deseja-se também que a realização deste estudo possa contribuir como um processo formativo, em que nos apropriemos do *como* avaliar e monitorar nossas ações.

2.1.1 - A AVALIAÇÃO NO CAMPO EDUCACIONAL: A QUESTÃO DO *LATO SENSU*

Na América Latina e na área da Saúde Pública, as avaliações de qualidade têm sido um dos principais instrumentos de gestão da formação pós-graduada (HORTALE & KOIFMAN, 2007). A avaliação da educação superior no Brasil tem início na década de 70 com a instituição da política de avaliação da Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), a qual monitora e avalia a qualidade dos programas de pós-graduação no senso estrito (mestrado e doutorado).

Atualmente, os debates e a implantação de políticas de regulação e garantia da qualidade da educação superior ganharam destaque, porém estão centradas nas questões relacionadas ao ensino de graduação. O *lato sensu* continua com uma posição indefinida no sistema nacional de pós-graduação, desintegrado e desarticulado das instâncias gestoras e reguladoras do ensino superior (MEC/ CAPES/ CNE), em detrimento de seu crescimento em função da relevância da educação continuada para o desenvolvimento de novas competências e da evolução e diversificação do mercado de trabalho. (FONSECA, 2004)

No campo da saúde, com a implantação do SUS, Ceccim (2000, p. 85) aponta uma preocupação com a qualidade dos cursos de especialização:

“A maior demanda de especialistas gerou uma infinidade de cursos, programas de capacitação e subáreas de formação com as mais diversas cargas horárias, propostas curriculares e modalidades de aprovação de alunos e os mais diversos campos de experimentação. (...) O crescimento da oferta de cursos e variedade da origem institucional dos mesmos coloca a qualidade desta oferta em risco. Em toda a América Latina há uma preocupação com os cursos de quintal ou de garagem, uma indústria de certificados de especialização vendidos por dinheiro e qualidade didático-pedagógica de risco, além da escolha de parâmetros curriculares discutíveis do ponto de vista do mais avançado conhecimento brasileiro em saúde coletiva.”

A expansão mercadológica, resultante de vários fatores, tem afetado este nível de ensino conforme afirma Fonseca (2004), destacando-se a

“expansão do setor privado, do mercado de trabalho que demanda novas formas e modalidades de cursos e níveis de ensino e, por consequência, amparada por políticas e legislações mais flexíveis o que por certo gerou, especialmente no campo privado, a oferta de cursos desvinculados dos critérios acadêmicos mínimos de qualidade” (FONSECA, 2004, p. 178)

Soma-se a estes fatores, a crescente valorização dos profissionais com especialização com a criação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) nos municípios e estados, significando melhorias salariais, bem como em concursos públicos onde a pós-graduação confere pontuações ao candidato, podendo determinar sua aprovação.

As transformações impressas nos mecanismos legais de regulação do *lato sensu*, figuram esta flexibilização, entendida como o caráter genérico e menos restritivo das normas, permitindo concepções e estruturações diversas nesta área. Fonseca (2004, p. 123) constata uma “indefinição conceitual, regulatória e avaliativa deste nível de ensino” quando analisa as legislações competentes.

Segundo Fonseca (2004) em sua análise da Resolução nº 12/83 do antigo Conselho Federal de Educação, identifica-se a exigência de formação didático-pedagógica (com carga horária de 60 horas) e de iniciação à pesquisa nos currículos dos cursos de especialização e aperfeiçoamento, denotando uma preocupação de que os egressos pudessem vir a atuar no magistério superior. Além disto, o corpo docente dos cursos de especialização deveria ter dois terços de mestres e doutores.

Contudo, a referida resolução não definia como seria a avaliação dos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Esta resolução é reformulada em 1999, com a publicação da Resolução nº 03/99 que em seu art. 8º sujeita os cursos de especialização à avaliação da CAPES. Contudo, não houve integração deste nível de ensino no sistema nacional de pós-graduação e nem à avaliação desenvolvida pela CAPES, a qual teve impacto positivo na qualidade do *stricto sensu* e poderia ter tido também no *lato sensu*, persistindo a lacuna na avaliação destes cursos (FONSECA, 2004).

A Resolução 03/99 foi logo substituída pela Resolução nº 1, de 3 de abril de 2001, com caráter flexível e sucinto: os cursos de pós-graduação *lato sensu* passam a independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, deixando amplas possibilidades de estruturas e nomes de cursos (incluindo os *MBA*), reduzindo a exigência da qualificação docente para 50% de mestres ou doutores, entre outros critérios como carga horária mínima de 360 horas, etc.

“Em 2004, motivado por denúncias pontuais apontando irregularidades nesse nível de ensino, o Ministro da Educação publica no DOU nº 87, de 7/5/2004, seção 2, página 9, a Portaria nº 1.180, de 6 de maio de 2004, instituindo uma Comissão Especial de Acompanhamento e Verificação, integrada pela Secretaria de Educação Superior (SESu) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).” (FONSECA, 2004, p. 179)

Essa comissão estaria incumbida de acompanhar e verificar o cumprimento das disposições da Resolução nº 1/2001, com poderes de fiscalizar a abertura e o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu*. Deveria proceder a uma espécie de supervisão, “solicitar esclarecimentos acerca do Projeto Pedagógico de cada curso, carga horária, corpo docente e demais elementos considerados pertinentes ao processo de supervisão.” (FONSECA, 2004, p. 180) As irregularidades e descumprimentos à resolução referida, seriam registradas no cadastro da instituição no MEC e considerados no momento de solicitação de credenciamento da mesma, autorização e reconhecimento de seus cursos.

Algumas questões postas pela autora ainda permanecem como pontos de reflexão: Isto aconteceu na prática? Como se deu a supervisão e as visitas *in loco*? A CAPES não teria mais nenhuma responsabilidade sobre este nível de ensino?

A instituição do SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – por meio da Lei 10.861 de 14/04/2004, “com o objetivo de assegurar o processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico de seus estudantes”, também não menciona a pós-graduação. Apesar de o SINAES ser uma política de Estado instituída há mais de cinco anos, no âmbito dos cursos de graduação, a avaliação dos cursos de pós-graduação *lato sensu* ainda não foi implementada pelos órgãos governamentais responsáveis por sua execução (CONAES e INEP).

A Resolução nº 1, de 8 de junho de 2007, do CNE, mais recente em estabelecer normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização, mantém as características de flexibilização de sua antecedente, a de 2001, não exigindo a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos mesmos, mantém a exigência de 50% do corpo docente com mestrado ou doutorado, bem como os outros critérios. A única menção à avaliação é feita no Art. 2º, no qual se estabelece que “os cursos de pós-graduação *lato sensu*, por área, ficam sujeitos à avaliação dos órgãos competentes a ser efetuada por ocasião do credenciamento da instituição.”

Em consulta à legislação do Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso, instância reguladora do sistema estadual de ensino, a fim de maiores esclarecimentos acerca dos

mecanismos e órgãos responsáveis pela avaliação dos cursos de pós-graduação *lato sensu* em Mato Grosso, não encontramos informações claras e detalhadas.

Na Resolução Normativa de nº 311/2008, do Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso, seção IV, “Da autorização de cursos superiores”, parágrafo 2º, consta que “a autorização de cursos de Pós-Graduação obedecerá à legislação específica”, o que nos remete novamente à Resolução nº 1/2007.

Diante do contexto apresentado, embora existam algumas discussões a respeito de se criar um sistema de acreditação do ensino pós-graduado em Saúde Pública (CECCIM, 2000; HORTALE, OBBADI & RAMOS, 2002), ainda não há mecanismos e padrões já consolidados e publicizados que norteiem a avaliação da qualidade de cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Nos últimos anos tem-se desenvolvido propostas de avaliação do ensino pós-graduado em saúde coletiva, como o projeto coordenado por MINAYO (2005, p. 01) que objetiva uma análise que seja complementar à avaliação da CAPES, abordando na avaliação aspectos como: “constituição do campo e seu desenvolvimento pelos cursos, origem da demanda, conteúdos específicos, localização e atuação de egressos, qualificação da produção científica em suas várias formas de expressão e relevância dos programas para o SUS”. Contudo, também se debruçam sobre o senso estrito, ainda que ofereçam subsídios para elaboração de propostas de avaliação do *lato sensu*.

Hortale e Moreira (2008), em sua análise e discussão sobre as características e limitações da avaliação interna ou, como consideram os mesmos autores, auto-avaliação dos programas de pós-graduação *stricto sensu* da área de Saúde Coletiva, acreditam ser de grande relevância a consolidação de processos de auto-avaliação nas instituições de ensino.

A auto-avaliação ou avaliação interna no *lato sensu* também tem sua relevância quando atende ao objetivo de promover o autoconhecimento da instituição de ensino, favorecendo a construção de uma cultura de monitoramento e avaliação, a fim de que reflitamos sobre nossas ações e serviços, independentemente de um sistema de avaliação externa que isoladamente não será capaz de promover processos formativos fundamentais para o desenvolvimento das IES.

É fundamental que as instituições de ensino avancem em propostas de monitoramento e avaliação dos cursos de especialização, na busca por processos educacionais cada vez melhores que possibilitem vencer os desafios de formação dos profissionais para a sustentação de um novo modelo de atenção e consolidação do Sistema Único de Saúde, com ênfase na APS.

2.2 DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde a instituição do SUS, a necessidade de construir um modelo novo de atenção à saúde e a maior complexidade do campo de práticas têm apresentado questões desafiadoras ao sistema formador de trabalhadores da saúde, no sentido de serem criadas propostas “cada vez mais eficientes e inovadoras articuladas com o serviço”. (L'ABBATE, 1999, p. 17)

Diante da árdua missão de construir um sistema de saúde único, equânime e universal, capaz de atender integralmente às necessidades de saúde de indivíduos e grupos populacionais e das evidências de que modelos de saúde baseados na Atenção Primária são mais eficazes e têm mais qualidade (STARFIELD, 2004; MENDES, 2002), o Ministério da Saúde, a partir de 1994, aposta na criação e consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para esta mudança. Uma alternativa para

“(…) enfrentar o desafio da mudança em vários níveis: nas práticas de saúde, no trabalho em saúde, na formação e educação, no compromisso com a participação comunitária e na expansão de cobertura. Em síntese, observa-se no PSF a ênfase em práticas não-convencionais de assistência, destacando as atividades de prevenção e promoção como forma de reorganização e antecipação da demanda, o trabalho em equipes multiprofissionais, a educação em saúde, a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização, regionalização e, finalmente, a importância de ações intersetoriais.” (CAMPOS et al, 2006, p.39)

O posicionamento destacado do PSF, na agenda nacional de saúde, adquirindo status de modelo de Atenção Primária e conseqüente amplitude de sua expansão em todo o país, contribuiu para reforçar ainda mais a necessidade de um novo perfil profissional, num contexto de valorização da família pelas políticas públicas.

“Um ponto a se destacar é esse recente foco das políticas sociais na família – que implica considerá-la como sujeito de atenção - sobre o qual deve-se ter pleno conhecimento dos problemas, o que exige uma nova abordagem para os profissionais da saúde e uma interação qualificada da equipe de saúde. Afinal, de que família se está falando? Quais são suas necessidades de saúde?”

Em que contexto se inserem?” (HEIMANN & MENDONÇA, 2005, p. 488)

Hoje designada como Estratégia de Saúde da Família, o que denota não se tratar mais de um programa de governo, traz consigo o repto de fazer com que sua concepção teórica seja efetivamente colocada em prática e, para tanto, aposta-se na qualificação e requalificação dos recursos humanos como uma das principais ações para atingir tal objetivo.

CAMPOS & AGUIAR (2005, p. 04), apostam na “qualificação dos profissionais de nível superior da Saúde da Família - seja através de cursos de especialização, residência médica ou multiprofissional” – como um fator necessário à expansão dessa estratégia no país. Além disto, é considerada uma alternativa para minimizar os efeitos de uma formação inadequada, garantindo que a prática dos profissionais já inseridos no sistema dê conta dos desafios encontrados nas comunidades.

Para Mendes (2002), de modo geral, o sistema formador de recursos humanos para o SUS, continua funcionando como um aparelho reprodutor da ideologia flexneriana, que valoriza as ações curativas, a fragmentação do ser, o biologismo e mecanicismo, além da superespecialização. Embora já exista um movimento de mudança nos currículos de graduação dos profissionais de saúde para atender às novas exigências do campo, isso se dá de maneira lenta e heterogênea.

Há um descompasso entre ensino e serviço, no que tange à velocidade em que se dão as mudanças, conforme aponta Farah (2006, p. 54): “No ensino, as modificações são mais lentas e mais tímidas, estabelecendo contradições ao se compararem as novas competências profissionais necessárias para atuar no SUS com o que o ensino vem desenvolvendo nos cursos de graduação.”

Portanto, o desafio educacional está em reparar as deficiências conseqüentes à formação inadequada dos profissionais pelos cursos de graduação na área da saúde e, enquanto não ocorre uma efetiva reforma curricular, “observa-se, na atualidade, o grande investimento que se tem dispensado à capacitação de profissionais de serviços como forma de adequá-los às novas propostas.” (FARAH, 2006, p. 50)

Assim, os programas de pós-graduação, em especial no senso lato (especializações), emergem no campo da Saúde Pública como uma importante estratégia para suprir as carências da formação profissional.

“A formação insuficiente, por exemplo, na atenção primária, a formação inadequada da maior parte das equipes de enfermeiros, odontólogos ou agentes de saúde exigiria uma intervenção massiva que só a educação permanente, senso estrito, a educação durante o trabalho, não dá conta. Se todo mundo tivesse residência, curso de especialização, curso técnico para os agentes, se já houvesse essa situação como no Canadá, aí o desafio seria a educação no trabalho. Nós temos um desafio anterior, existem aproximadamente 24 mil equipes da atenção primária sem especialização ou residência, mais de 80%.” (CAMPOS, 2006, p. 54)

Schön (2000) denuncia uma crise de confiança no conhecimento profissional que reflete, por sua vez, em outra crise na educação profissional. Para ele, as escolas têm formado profissionais com base na racionalidade técnica e num currículo normativo, onde são valorizados os conhecimentos sistemáticos e preferencialmente científicos. Espera-se que esses profissionais sejam capazes de aplicar as regras do conhecimento bem estruturado em situações da prática que quase nunca se apresentam bem delineados e estruturados, mas “na forma de estruturas caóticas e indeterminadas.” (SCHÖN, 2000, p. 16)

“Essas zonas indeterminadas da prática – a incerteza, a singularidade e os conflitos de valores – escapam aos cânones da racionalidade técnica. Quando uma situação problemática é incerta, a solução técnica de problemas depende da construção anterior de um problema bem delineado, o que não é, em si, uma tarefa técnica.” (SCHÖN, 2000, p. 17)

Esta afirmação é particularmente verdadeira para a atuação no campo da Atenção Primária/Saúde da Família devido ao caráter desestruturado e multifatorial da maioria dos problemas, implicando na ampliação dos meios de trabalho, modificando “a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade” (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006, p. 817)

Os profissionais precisam desenvolver a capacidade de analisar a situação de saúde local, utilizando os princípios da epidemiologia; saber lidar com os problemas mais comuns da comunidade, planejando as ações com sua participação; identificar os fatores de risco presentes no ambiente, além dos inerentes ao indivíduo. As ações devem ser dirigidas às pessoas dentro do seu contexto familiar e comunitário, reconhecendo a importância da intersetorialidade e mobilizando-a para o manejo dos problemas que apresentam determinantes diversos. Exige competências que vão além da habilidade

técnica.

Prima pela capacidade de promoção da saúde, para a qual são condições fundamentais a mobilização social, a abordagem adequada das famílias e o trabalho em equipe, mas também de reabilitar e aliviar o sofrimento; de dar a atenção singular que cada caso requer, envolvendo as pessoas em seus planos de cuidado, de modo que cada um, famílias e comunidade sejam co-responsáveis pela melhoria dos níveis de saúde.

Portanto, são necessárias propostas de capacitação que levem em conta as especificidades dos processos de trabalho de cada contexto em que este profissional se insere ou atuará; as diversidades de objetivos e organizações institucionais que muitas vezes já se encontram pré-determinadas; que sejam flexíveis e acompanhem a evolução e complexificação das práticas, uma vez que a elas são incorporados novos padrões e tecnologias em ritmo acelerado; que se valham das inovações de meios de comunicação para facilitar o processo educacional. (PAIM & NUNES, 1992; L'ABBATE, 1999)

Ao refletirem sobre um projeto de educação continuada para profissionais da saúde coletiva, Paim & Nunes (1992) apontam ser indispensável que estes projetos tenham como base a análise dos contextos em que as práticas de saúde se dão. Esta reflexão se mostra ainda bastante atual por sua pertinência em relação às demandas de formação/qualificação de trabalhadores do e para o SUS.

Deste modo, os objetivos de um projeto de educação seriam definidos a partir da análise da situação local, seus “problemas de saúde, gerenciais e político-institucionais (...), os fatores sociais e econômicos determinantes da situação de saúde e trabalho, as estruturas e objetivos das instituições (...)” (PAIM & NUNES, 1992, p. 266 e 268). A consideração destes aspectos, bem como das aspirações individuais e demandas sociais, determinaria os conteúdos a serem trabalhados na capacitação.

Sabe-se que a atuação na área da saúde requer adequada instrumentalização técnica, pois ao se lidar com situações que impõem risco de vida, a aplicação da técnica adequada ao problema e em tempo oportuno pode ser crucial. Todavia, quando consideramos a prática em saúde da família, também é preciso que se articule instrumentalização técnica, política e ética. (L'ABBATE, 1999)

Todos estes aspectos nos levam a refletir sobre as dimensões dos desafios que as instituições de ensino têm diante de si: promover processos educacionais de qualidade

em que os profissionais aprendam o que precisam aprender para lidar melhor com os problemas da prática diária. Processos articulados com o serviço, constituídos de conteúdos e métodos condizentes com o que se deseja alcançar. Para atingir este objetivo, Schön defende um

“ensino prático reflexivo - um ensino prático voltado para ajudar os estudantes a adquirirem os tipos de talento artístico essenciais para a competência em zonas indeterminadas da prática. (...) as escolas profissionais devem repensar tanto a epistemologia da prática quanto os pressupostos pedagógicos sobre os quais seus currículos estão baseados e devem adaptar suas instituições para acomodar o ensino prático reflexivo como um elemento chave da educação profissional.” (SCHÖN, 2000, p. 25)

2.3 CONCEPÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO DE ADULTOS – A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

Para se trabalhar dentro do contexto da formação de profissionais de saúde, faz-se necessário traçar algumas considerações na perspectiva de uma maior aproximação das concepções que norteiam o campo da educação de adultos, ainda que não tenhamos a pretensão de aprofundar neste estudo, discussões sobre um tema tão vasto e complexo como este.

Entre os que militam no campo da educação na área da saúde, as seguintes questões são cruciais e inquietantes: de que maneira os adultos aprendem? Qual a melhor forma de capacitar os profissionais, especialmente quando é preciso vencer as inadequações de um sistema formador divergente do ideário de modelo de atenção que se almeja consolidar? Qual a melhor opção metodológica a se fazer?

Portanto, quando faz sua opção pelo método de ensino, uma escola está, ao mesmo tempo, tentando responder a estas inquietações e traduzindo a missão que assume diante da sociedade, qual seja apenas transmitir conteúdos e técnicas historicamente legitimados ou o compromisso de agir em prol da transformação da realidade pela transformação dos homens em efetivos cidadãos.

Assim, falar da Metodologia da Problematização (MP) torna-se indispensável uma vez que esta é a escolha metodológica feita pela ESPMT em seu Projeto Político Pedagógico, ainda antes de seu credenciamento para a oferta de pós-graduação. Do mesmo modo, fazer alguns breves apontamentos em relação à Andragogia nos parece oportuno, por que esta linha de estudo apresenta características relevantes sobre o aprendizado de adultos, que é a área de atuação da escola.

Ao buscar as bases que deram origem ao que hoje denominamos Metodologia da Problematização, encontramos discussões referentes à Aprendizagem Baseada em Problemas, cujo nascimento, é atribuído ao conjunto de inovações realizadas no ensino médico da Universidade de McMaster (Hamilton – Canadá), no final da década de 60, onde os alunos iam adquirindo os conhecimentos necessários para a solução de problemas à medida que se confrontassem com eles. Contudo, uma experiência embrionária já havia sido implementada na Business School de Harvard nos anos 30. (PENAFORTE, 2001)

Em relação às raízes filosóficas que alimentam esta concepção, Penaforte (2001) encontra em John Dewey (1859 – 1952), “o fundamentos conceituais mais amplos e primeiros” que o levaram a considerá-lo um ancestral da Aprendizagem Baseada em Problemas. Este filósofo americano que possui a rara característica, afirma, de ser “influyente junto ao grande público, o eco do seu pensamento, principalmente no domínio da educação, estendeu-se para além das fronteiras norte-americanas, com repercussões em vários continentes”. (PENAFORTE, 2001, p. 55) Em nosso continente, seus postulados parecem ter inspirado o principal pensador do campo da educação no Brasil: Paulo Freire.

O pensamento filosófico-educacional de Dewey tem como um de seus eixos o papel fundamental da experiência no aprendizado, “implicando uma idéia de um contínuo reconstruir e reorganizar da interação do homem com o cosmos, com o sentido de aumentar a riqueza e o conteúdo social da existência”. (PENAFORTE, 2001, p. 58)

Sobre isto afirma: “Considero que a idéia fundamental da filosofia mais nova e que lhe dá unidade é a de haver relação íntima e necessária entre os processos de nossa experiência real e a educação” (DEWEY, 1979, p. 8), mas adverte que nem todas as “experiências são genuínas e igualmente educativas. (...) Algumas experiências são deseducativas”. (DEWEY, 1979, p. 14)

Em sua dissertação sobre a educação como prática libertadora, Paulo Freire defende que:

“a partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor.” (FREIRE, 2009, p.51)

Embora a obra de Paulo Freire tenha como foco a educação civilizadora do homem que, além de alfabetizar, capacite-o a assumir uma posição de cidadão no ambiente em que vive, livre, ativo, isto é, sujeito transformador da (sua própria) história, suas premissas não são menos pertinentes à educação de profissionais que já estabeleceram uma posição social.

Os elementos discutidos por ele acerca da educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, a qual implica “um constante ato de desvelamento da realidade. (...) Busca a *emersão* das consciências, de que resulte sua *inserção crítica* na

realidade” (FREIRE, 2005, p. 80), guardam reconhecida relevância com o campo da educação profissional.

A Metodologia da Problematização (MP) apóia-se na concepção de educação, denominada por estudiosos do campo educacional como histórico-crítica, onde o homem, através da auto-reflexão e tomada de consciência sobre o mundo em que vive, seus fenômenos e seu papel neste mundo, será inserido na História, não mais como expectador, mas como figurante e autor. (FREIRE, 2005) Ela está fortemente marcada pela dimensão política da educação, “voltada à transformação social, à conscientização de direitos e deveres do cidadão, mediante uma educação libertadora, emancipatória.” (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004, p. 784)

Dewey (1981) apud Penaforte (2001) afirma que “a condição primária do crescimento é a imaturidade” e, sobre o mesmo assunto, Paulo Freire (1979) considera que o núcleo fundamental que sustenta o processo de educação no homem é o seu inacabamento, a inconclusão do homem, em que este, percebendo-se inacabado, reflete sobre o que não sabe e busca constantemente ser mais.

Ao discutir os aspectos filosóficos da MP, Vasconcellos (1999) afirma que a mesma encontra seus fundamentos em várias correntes da filosofia, mas especialmente na Fenomenologia, no Existencialismo e no Marxismo.

A fenomenologia, cujo postulado básico é a intencionalidade, ou seja, o reconhecimento de que toda consciência é voltada para o mundo, “toda consciência é consciência de alguma coisa” e que nenhum objeto existe em si mesmo, ele só existe se há um sujeito que lhe dá significado (VASCONCELOS, 1999, p. 43), estabelece uma relação de inseparabilidade entre sujeito e objeto (homem e mundo).

A Metodologia da Problematização também tem em Berbel (1999), uma de suas principais estudiosas e disseminadoras, a qual considera este método, um dos caminhos para a concretização de uma educação problematizadora e libertadora.

Esta autora aponta que, em relação à fenomenologia, a Metodologia da Problematização utiliza-se de seus pressupostos na medida em que apresenta como fundamento básico a interação entre o homem e o mundo, interação esta que visa à transformação do sujeito pela conscientização do mesmo sobre seu papel (social, político, ético, etc.) no mundo e

a transformação do objeto por meio da *práxis* – “reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo.” (BERBEL, 1999, p. 17)

Os pressupostos de caráter existencialista da MP são identificados quando nela acredita-se que o homem é capaz de se colocar fora de si mesmo, proceder a uma auto-reflexão e então de construir-se, sendo aquilo que projetou ser; quando concebe o aluno como o protagonista e sujeito da educação, responsável pela própria vida, capaz de criar e construir seu próprio conhecimento e de transpor limites; ao buscar integrar o que o aluno vive na realidade e o conhecimento, promovendo a integração entre o homem e o mundo; quando objetiva “um processo de tomada de consciência crítica de uma realidade que se desvela progressivamente”. (VASCONCELLOS, 1999, p. 47)

Vasconcellos (1999) considera que talvez o marxismo seja a filosofia que mais esteja presente na Metodologia da Problematização. Isto porque os conceitos de dialética e de práxis discutidos por tal corrente filosófica relacionam-se de modo relevante com a MP.

“Muitos Conceitos do marxismo, especialmente os da dialética e de práxis, estão diretamente relacionados à Metodologia da Problematização, pois a essência de seus fundamentos concretiza-se numa concepção dialética da realidade e na concepção da relação entre teoria e prática com práxis.” (VASCONCELLOS, 1999, p. 55)

Visando entender melhor a relação destes dois conceitos com a metodologia aqui apresentada, utilizaremos primeiramente, dos princípios básicos da dialética enumerados por Gadotti (1995) apud Vasconcellos (1999, p. 50-51):

- 1) Princípio da totalidade – “tudo que existe está relacionado ao todo de modo complexo”. Para que seja possível entender a realidade, faz-se necessário analisar um conjunto de fenômenos e suas relações. Um fenômeno isolado de seu processo não tem significado.
- 2) Princípio do movimento – tudo está inacabado, em constante transformação.
- 3) Princípio da mudança qualitativa – nas sociedades humanas as ações dos indivíduos vão se somando até o ponto em que há uma mudança qualitativa, de uma ordem antiga para uma nova.
- 4) Princípio da contradição – a contradição é o principal fundamento da dialética. As coisas só se transformam devido à coexistência de forças opostas em seu interior que tendem simultaneamente à oposição e unidade.

A MP utiliza o método dialético quando estuda uma determinada realidade, analisando metodicamente seus aspectos contraditórios, a inter-relação entre os fenômenos, de procurando intervir nesta realidade para transformá-la.

Em relação à práxis, é equivocado considerá-la um sinônimo de prática ou trabalho. Ela “depende da ação consciente do sujeito e, por isso une interpretação da realidade (teoria) à transformação do mundo (prática, trabalho, criatividade, etc.)” (KONDER, 1992 apud VASCONCELLOS, 1999, p. 53). Constitui-se em uma prática que envolve reflexão e questionamento da teoria, cotejando seus erros e acertos, aquilo que se adequa ou não ao contexto vivido. Contudo não nega a teoria, antes implica em uma relação consciente entre esta e a prática. É um instrumento de superação criadora do que já existe e de transposição do senso comum.

Ao optar pela MP, a ESPMT se compromete em implementar uma educação libertadora e não bancária, onde o estudante é preparado para “tomar consciência de seu mundo e atuar também intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem”. (BERBEL, 1999, p. 10)

Na MP os alunos são levados a olhar para sua realidade concreta, refletindo sobre ela criticamente, de modo a desvendar as razões do que acontece e se apresenta para eles como problemas significativos.

Percebe-se o caráter imprescindível de se considerar o contexto real em que está imerso o educando para que o processo educativo se dê, para que a aprendizagem seja significativa para o sujeito e não se torne apenas um conhecimento armazenado em algum compartimento de sua mente. “Fora do contexto experiencial o que resta é um conhecimento morto, desintegrado de experiências anteriores e inerte quanto à função de enriquecer experiências futuras.” (PENAFORTE, 2001, p. 65)

No contexto contemporâneo dos processos educacionais, uma nova proposta metodológica deve resgatar

(...) a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, preocupados apenas em recuperar tais informações quando solicitados e ressalta a necessidade de conceber a educação como prática libertadora, em oposição a uma educação como prática de dominação. (VENTURELLI, 1997 apud CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004, p. 781)

Em uma pós-graduação, por se tratar de um programa que visa à educação de adultos, o processo ensino-aprendizagem não pode ser uma prática de depósito de conteúdos apoiada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo. Por isso, a educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo exploratório e, conseqüentemente, emancipatório.

“Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos – mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada. A educação autêntica, repitamos, não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A *com* B, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 2005, p. 96-97)

A MP utiliza como meio para sua implementação, o método do Arco proposto por Charlez Maguerez, apresentado primeiramente por Juan E. Dias Bordenave, o qual é considerado adequado e coerente com os princípios de uma educação problematizadora e capaz de concretizá-la.

O arco de Maguerez apresenta uma esquematização das cinco etapas de problematização da realidade, conforme figura a seguir:

(I) observação da realidade (problema) → (II) pontos-chave → (III) teorização → (IV) hipóteses de solução → (V) aplicação à realidade.

A primeira etapa pode ser desenvolvida de modo que o professor proporcione aos alunos a oportunidade de observar, analisar atentamente a realidade social, concreta acerca do tema que estão estudando e sistematizá-la através de registros. Para tanto, pode-se lançar mão de questões que os ajudem a não fugir do tema.

Desta observação os alunos identificarão as dificuldades, discrepâncias e carências de várias ordens sobre aquela situação e transformarão estes em problemas – problematização – passando para a segunda fase em que deverão identificar os **pontos-chave** problema, ou melhor, responder ao questionamento sobre quais as principais causas que fazem com que o problema exista, aquelas que, se modificadas, poderiam resultar na solução do problema.

Na terceira etapa, os alunos vão buscar na teorização a solução para o problema identificado:

Os alunos se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto - chave já definido. Vão à biblioteca buscar livros, revistas especializadas, pesquisas já realizadas, jornais, atas de congressos etc.; vão consultar especialistas sobre o assunto; vão observar o fenômeno ocorrendo; aplicam questionários para obter informações de várias ordens (quantitativas ou qualitativas); assistem palestras e aulas quando oportunas etc... (BERBEL, 1998, p. 143)

Diante das possibilidades teóricas de solução para o problema, os alunos terão elementos para, de modo crítico e criativo, passarem à quarta etapa de elaboração de **hipóteses de solução**. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito?

Na quinta etapa é que se completa o arco e os alunos farão a relação entre a teoria e a prática, através da **aplicação à realidade**. Nesse momento os mesmos estabelecem um compromisso com o meio em que atuam, quando os componentes social e político estarão mais presentes e deverão ser levados em conta. A aplicação da educação problematizadora pretende a busca permanente da reflexão crítica da realidade para que se possa transformá-la.

Dewey, segundo Penaforte (2001), estabeleceu um processo semelhante com cinco fases em que a experiência se desdobra: “1) um momento de perplexidade decorrente do confronto com uma situação problemática, de caráter mal definido, geradora de dúvida; 2) uma antecipação hipotética, esboço de interpretação dos elementos do problema; 3) uma etapa de exploração e análise de todos os aspectos importantes para definir e clarificar o problema; 4) um trabalho de reelaboração e refinamento das hipóteses iniciais, tornando-as mais consistentes e mais precisas em função do seu enquadramento num conjunto mais amplo de informações; e 5) um momento de testes da hipótese através de uma ação na realidade para verificar suas conseqüências.” (PENAFORTE, 2001, p. 62)

Pelo que se pode observar, as etapas de problematização da realidade propostas no arco de Magueréz são análogas às fases de desdobramento da experiência elencadas por John Dewey, reforçando a influência do pensamento deste filósofo nas produções daqueles que refletiram sobre o assunto.

A Andragogia (do grego: *andros* - adulto e *gogos* - educar), refere-se a uma nova postura para a educação de adultos que, analogamente à metodologia apresentada anteriormente, considera as experiências de vida dos alunos e parte destas para o desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades sendo, portanto, uma concepção que agrega a educação problematizadora em seus pressupostos.

À medida que as pessoas vão atingindo a fase adulta, sofrem transformações que devem ser levadas em conta no processo de aprendizagem: adquirem independência e se autodirecionam; somam experiências que serão base para o aprendizado futuro; interessam-se por aprender aquilo que é útil para a resolução de problemas concretos e as motivações internas (sentir-se realizado, alcançar uma promoção) são mais importantes que as externas como adquirir boas notas, por exemplo.

Assim, a abordagem andragógica exige um corpo docente preparado e comprometido, capaz de se transformar num tutor eficiente, promovendo situações que entusiasmem os alunos e os façam perceber que o que se aprende trará mudanças na vida dos mesmos. Além disto, as características de aprendizagem dos adultos devem ser exploradas em abordagens e métodos apropriados, produzindo maior eficiência nas atividades educativas. Considera-se, nesta perspectiva, a metodologia da problematização.

A disponibilização de fatores como tempo, acesso a bibliotecas, serviços, laboratórios, internet, etc., sem dúvida contribui para o resultado final do processo. Evitar situações de embaraço, estimular os mais tímidos a participarem das discussões até mesmo escrevendo suas opiniões, dispor a sala de modo a facilitar as discussões em pequenos grupos e o professor se conter a dar a resposta dos questionamentos, são aspectos importantes a serem observados.

CAVALCANTI (1999) considera ainda que é necessário “encontrar um meio termo onde as características positivas da Pedagogia sejam preservadas e as inovações da Andragogia sejam introduzidas para melhorar o processo educacional” e que é preciso estimular o autodidatismo, a responsabilidade de cada um com o próprio aprendizado, a autocrítica e capacidades de auto-avaliação e trabalho em grupo dos profissionais.

Conclui-se que, na prática, a efetivação de uma educação problematizadora depende da capacidade da instituição de oferecer os meios necessários para a aplicação de metodologias coerentes com a sua proposta, como a MP, e principalmente da aptidão do

professor em trabalhar com ela.

Berbel (1999, p. 194) afirma que conhecer as características da Metodologia da Problematização é altamente “sensibilizador para o desejo de experimentá-la”, no entanto o grande desafio está “na mudança de postura educacional que essa Metodologia requer”.

“Uma das grandes alterações é a de que o professor ou grupo de professores deverão passar de informadores para provocadores da busca de informação. Outro aspecto consiste em que grande quantidade de conteúdos trabalhados deve dar lugar à qualidade das aprendizagens desenvolvidas, já que serão baseadas em significados profundos das relações entre a teoria e a prática, partindo do concreto vivido e não do abstrato longínquo.” (BERBEL, 1999, p. 194)

O desafio de mudar a postura se apresenta não só para os docentes, mas também para os alunos. Estes, não raro, estão acostumados a práticas tradicionais de ensino, centradas no professor, cujo papel principal é o de transmitir informações previamente selecionadas e se sentem desconfortáveis ao se verem responsáveis por assumir um protagonismo na construção do conhecimento, o qual exige deles mais responsabilidade e dedicação.

Na MP o professor não tem o seu papel minimizado. Ao contrário, sua atuação será mais intensa na medida em que deverá agir como apoiador do processo de construção do conhecimento pelos alunos, acompanhando-os continuamente. Deve ouvir os alunos. Ouvir o que eles sabem, o que precisam, o que querem, o que perguntam. Para cumprir esta tarefa, é preciso ser humilde, paciente, solícito e estar preparado para questões não previstas advindas do processo de problematização da realidade e situações que podem surgir pela própria aplicação da metodologia.

“A escolha do método deve coincidir com a visão de educação do professor para que ele possa agir coerentemente.” (VASCONCELLOS, 1999, p. 57) e mais do que isso, o professor precisa estar familiarizado com a metodologia problematizadora, do contrário, corremos o risco de a opção metodológica ficar apenas no plano ideológico de um Projeto Político Pedagógico que não se efetiva na prática.

3. RESULTADOS

3.1 O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MODULAR E INTEGRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (CEMISF) - DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO AVALIADA

Para fins deste estudo, utilizaremos a definição de intervenção apresentada por CONTANDRIOPOULOS *et al* (1997, p. 31), que a consideram como “um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

O Curso de Especialização Modular em Integrado em Saúde da Família (CEMISF), intervenção objeto deste estudo, foi concebido com o objetivo de atender às necessidades de educação permanente das equipes de saúde da família do Estado de Mato Grosso. O embrião de sua proposta surge a partir de discussões sobre a formatação de um curso de capacitação em “Grandes Endemias”, para que os profissionais fossem habilitados na atenção a agravos como malária, leishmaniose, doença de Chagas e febre amarela. Em oficinas realizadas com a participação de áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e ESPMT, entre outros atores, questionava-se a execução de projetos de capacitação formulados pelo Ministério da Saúde sem levar em consideração as particularidades locais. As equipes deveriam desenvolver habilidades para lidar com os problemas mais comuns em seu território de atuação e que muitas vezes não coincidiam com o foco das capacitações definidas pelo Ministério da Saúde.

Além disto, desejava-se sair do modelo de realização de capacitações temáticas pontuais e desarticuladas, que retiravam os profissionais de suas unidades de trabalho por longos períodos, gerando acúmulo de demandas e conflitos com população e gestores.

Assim, a concepção do CEMISF, reunindo e integrando as capacitações nas diferentes áreas temáticas demandadas, buscou responder à necessidade de desenvolvimento de um núcleo comum para a fundamentação da atuação em saúde da família, bem como instrumentalizar o profissional para o enfrentamento resolutivo dos problemas de saúde mais relevantes em seu *locus* de atuação.

O período em que o curso foi concebido coincide com o momento de maior expansão da

estratégia saúde da família no Estado (1998-2002). Havia certa priorização política dos mecanismos de capacitação dos profissionais desta estratégia. Esta prioridade pode ser evidenciada pela inclusão da implementação da ESPMT e dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, no Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2000-2003. (MATO GROSSO, 2000)

Apostando na Estratégia de Saúde da Família para a inversão do modelo assistencial no estado de Mato Grosso, investiu-se na expansão do PSF e na capacitação dos recursos humanos do programa

“A SES/MT articulou seus parceiros para a proposição e desenvolvimento de um programa permanente de qualificação das equipes atuantes na atenção primária nos municípios do Estado de Mato Grosso. O programa se desenvolve (...) na capacitação permanente dos profissionais e da pós-graduação em nível de especialização em Saúde da Família.” (ESPMT, 2003, p. 04)

A ESPMT havia programado em seu Plano de Trabalho Anual para 2005, a execução de oito turmas do CEMISF, sendo quatro delas com recursos financeiros oriundos de convênio firmado com o Ministério da Saúde e quatro com recursos do fundo estadual. Porém estas últimas foram iniciadas e logo tiveram que ser interrompidas devido ao contingenciamento destes recursos.

Até 2005, outras turmas do curso em questão e duas turmas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram realizadas por meio de parceria com a UFMT, que efetuava a certificação e disponibilizava grande parte do corpo docente. É neste mesmo ano que a ESPMT se credencia junto ao Conselho Estadual de Educação e passa a ter autonomia na certificação de cursos de especialização na área da saúde. Assim, é neste contexto que são realizadas as turmas cuja implementação se pretende avaliar neste estudo.

O CEMISF, “buscava prover as capacitações que subsidiassem o profissional da saúde da família com as ferramentas imprescindíveis para o enfrentamento dos problemas mais prevalentes na realidade do nosso estado e em cada regional de saúde” (ESPMT, 2003, p. 04).

Consta ainda no projeto de curso que o CEMISF, tendo sido apresentado ao Conselho Estadual de Saúde, foi referendado pelo mesmo, “através de resolução própria, como a

proposta de referência para a formação de especialistas em Saúde da Família no Estado de Mato Grosso” (ESPMT, 2003, p. 05), contudo não há no documento o número desta resolução.

O CEMISF pretendia romper com o modelo tradicional de formação *lato sensu* que retira o profissional por longos períodos da atividade assistencial. A proposta consistia em desenvolver o programa em formato modular e descentralizado, realizando os módulos nos finais de semana e o mais próximo da realidade sócio-sanitária de atuação do profissional.

Alguns módulos do programa já aconteciam de forma “municipalizada”, a exemplo do curso Introdutório em Saúde da Família. Vale ressaltar a preparação de docentes das próprias regiões, inclusive das ESF, para realização dos componentes curriculares, como aconteceu no Introdutório e Básico em Saúde da Família.

A clientela do curso era formada por médicos, enfermeiros e odontólogos pertencentes a equipes de saúde da família de municípios da área de abrangência de cada regional de saúde, sendo que as aulas aconteciam nos municípios sede das regionais: Cáceres, Barra do Garças, Tangará da Serra e Sinop.

O CEMISF deveria ter um fluxo contínuo de realização e o processo seletivo dos alunos dar-se-ia num período definido pela ESPMT para confirmação da matrícula dos inscritos e fechamento das turmas. Os profissionais já dariam início ao processo de capacitação com os módulos do curso e, quando realizada a seleção, solicitariam aproveitamento de estudos, sendo possível aproveitar até 95% dos componentes curriculares. (ESPMT, 2005)

O curso tem sido composto de vinte e dois componentes curriculares obrigatórios (ver Quadro 02) com foco no desenvolvimento de habilidades clínicas necessárias aos profissionais para manejo dos principais problemas de saúde encontrados no estado, perfazendo um total de 432 horas-aula para médicos e enfermeiros e 384 horas-aula para odontólogos.

A proposta também oferecia três componentes optativos (módulo VII) que poderiam ser cursados por qualquer uma das categorias profissionais clientela do curso e que possibilitariam o desenvolvimento de habilidades específicas, em conformidade com as necessidades de aprimoramento individual da prática profissional. De acordo com o

plano de curso, seriam realizadas em serviços regionais de referência e acompanhadas por tutores credenciados para este fim.

A seqüência de oferta dos componentes curriculares não seria a necessariamente a mesma para cada Escritório Regional de Saúde, no entanto a mesma grade curricular seria cumprida para todas as turmas.

Para receberem o título de especialistas os alunos deveriam, além de concluir com aproveitamento satisfatório todos módulos obrigatórios, elaborarem uma monografia como trabalho de conclusão de curso. Àqueles que apenas concluíssem os componentes curriculares exigidos, mas não entregassem a monografia, seria expedido um certificado de *Aperfeiçoamento em Saúde da Família*.

Quadro 02 – Matriz curricular do curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família

MÓDULOS	COMPONENTES CURRICULARES	Carga Horária	
		Parcial	Total
I – Delimitação do Campo da Saúde da Família – Todos	Introdutório em Saúde da Família	24	96
	Básico em Saúde da Família	56	
	Fundamentos da Atenção Primária	16	
II – Política e Gerência em Saúde da Família – Todos	Política Estadual, plano microrregional, e organização do sistema municipal de saúde	16	32
	Elementos de planejamento local e gerência de unidade de saúde da família	16	
III – Epidemiologia em Saúde da Família – Todos	Prática Baseada em evidência	16	48
	Introdução ao estudo dos Desenhos epidemiológicos	16	
	Gestão da informação em saúde na atenção primária	16	
IV – Problemas Prevalentes no Estado de Mato Grosso e a Saúde da Família – Todos (exceto AIDPI, não direcionado aos odontólogos)	Atualização terapêutica em hipertensão arterial e diabetes mellitus	16	152
	Saúde do Adolescente em Atenção Primária	16	
	Saúde da Mulher em Atenção Primária	16	
	Saúde do Idoso em Atenção Primária	16	
	Saúde Mental em Atenção Primária	16	
	Urgência e Emergência em atenção Primária	16	
	Aspecto de Saúde Bucal para Equipes de Saúde de Família	16	
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	40		

V- Manejo às Grandes Endemias em Saúde da Família – Médicos e Enfermeiros	Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose, Malária e Doença de Chagas	24	72
	Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com Hanseníase e Tuberculose	24	
	Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com DST/AIDS e HIV e hepatites.	24	
VI – Odontologia e a Saúde da Família – Odontólogos	Vigilância Epidemiológica em Grandes Endemias para Cirurgiões Dentistas	16	64
	Odontologia para Inserção no Programa da Saúde da Família	48	
VII – Teoria e Prática Clínica em Saúde da Família (módulo optativo) - Todos	Aprimoramento das Habilidades Clínicas	32	64
	Fundamentos da Prática Clínica em Atenção Primária	16	
	Seminário: Problemas prevalentes na área de abrangência das equipes	16	
VIII – Pesquisa em Saúde da Família - Todos	Introdução à pesquisa científica para a elaboração de monografia	32	32
TOTAL		496	

Fonte: Projeto do curso (ESPMT, 2005)

Os 150 alunos matriculados nas referidas turmas estavam distribuídos da seguinte forma: 36 na turma de Sinop, 35 em Tangará da Serra, 39 em Cáceres e 40 em Barra do Garças. O quadro a seguir apresenta a distribuição dos alunos por categoria profissional em que podemos observar que os enfermeiros são a maioria, representando mais da metade dos alunos em todas as turmas.

Tabela 1 – Distribuição dos alunos matriculados por categoria profissional

<i>Turmas</i>	<i>Categorias Profissionais</i>						<i>Total</i>	<i>%</i>
	Enfermeiros	%	Médicos	%	Odontólogos	%		
Sinop	20	55,6	09	25	07	19,4	36	100
Tangará da Serra	19	54,3	10	28,6	06	17,1	35	100
Cáceres	25	64,1	09	23,1	05	12,8	39	100
Barra do Garças	21	52,5	05	12,5	14	35	40	100

Fonte: Documentos do curso (ESPMT, 2005)

Do total de matriculados, 91 alunos concluíram todos os componentes curriculares (60,7%), sendo 15 da turma de Sinop, 25 da turma de Tangará da Serra, 23 da turma de Cáceres e 28 de Barra do Garças. Estes foram todos encaminhados para os respectivos orientadores para a etapa de elaboração das monografias, no entanto poucos concluíram

esta etapa.

Na turma de Barra do Garças, 16 dos 28 alunos que receberam orientação fizeram a monografia e 04 destes tiveram seus trabalhos reprovados. Apenas 12 profissionais (30% dos matriculados) concluíram com aproveitamento a especialização.

Em Cáceres o percentual de especialistas formados foi o menor de todas as turmas, já que apenas 05 dos alunos matriculados concluíram o curso (12,8%).

A turma de Tangará da Serra terminou com a formação de 15 especialistas (42,8%) e a de Sinop com 09 (25%), sendo que chama a atenção o fato de 08 destes alunos serem profissionais de Lucas do Rio Verde, município com 10 profissionais matriculados no curso. Nenhum dos alunos do município de Sinop, sede do curso, (que provavelmente tivessem maior facilidade de participação no mesmo devido a não necessitarem se deslocar para as aulas e despendere recursos para despesas com hospedagens, alimentação, entre outras) terminaram a pós-graduação.

Fatores como este, levam-nos a questionar o que facilitou o bom aproveitamento de uns e dificultou o de outros.

Tabela 2 – Aproveitamento dos alunos no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família 2005/2006

Turmas	Nº de alunos matriculados	Nº de alunos que concluíram todos componentes curriculares	%	Nº de alunos que fizeram monografia	Nº de alunos com monograf. Reprovadas	Nº de especialistas formados	%
Barra do Garças	40	28	70,0	16	04	12	30
Cáceres	39	23	58,9	05	-	05	12,8
Tangará da Serra	35	25	71,4	16	01	15	42,8
Sinop	36	15	41,6	10	01	09	25
TOTAL	150	91	60,7	47	06	41	27,3

Fonte: Documentos do curso (ESPMT, 2006)

As orientações de elaboração das monografias foram realizadas por 37 orientadores, entre estes 09 doutores, 19 mestres e 06 especialistas (05 deles mestrados). Cada orientador poderia receber quantos alunos julgasse ter condições de orientar. Assim, a maioria dos orientadores (18 ou 48,6%) ficaram responsáveis por 02 orientandos; 08 deles (21,6%) orientaram apenas 01 aluno; 06 (16,2%) orientaram 03 alunos cada; 02

(5,4%) ficaram com 04 alunos; 01 orientou 06 alunos e 01 tinha 08 orientandos.

O MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO

Diante da necessidade que se apresenta a qualquer avaliador de compreender a intervenção que será avaliada, torna-se indispensável, além da descrição da mesma, a construção de seu modelo lógico. Trata-se de uma maneira de representar, sistemática e visualmente, as relações existentes entre a intervenção (seus componentes técnicos e estruturais - insumos, atividades e produtos) e os efeitos que a mesma pretende alcançar (HARTZ, 1997).

O modelo lógico de uma intervenção nos fornece uma idéia da interdependência entre seus diversos componentes e dos fluxos de atividades inerentes ao processo de implementação. “Ele é uma representação da racionalidade do programa e é freqüentemente apresentado como um fluxograma ou uma tabela, que explicita a seqüência de passos que conduzem aos efeitos do programa.” (BRASIL, 2007, p. 39)

HARTZ *et al.*(1997, p. 96) defendem que uma avaliação de implantação nos “obriga a construir, *a priori*, a teoria do programa, especificando a sua natureza (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.”

Os mesmos autores se referem à macro e microteoria do programa, as quais comporiam o que denominam de teoria causal do mesmo. Assim, “a microteoria, baseada em normas, descreve o aspecto estrutural e operacional” do programa e a macroteoria detalha os fatores sóciopolíticos e organizacionais (contextos político e organizacional) que agem favorecendo ou entervando o alcance dos efeitos esperados.

Apresentamos a seguir o modelo lógico do curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, construído com base em elementos descritos em seu plano de curso e oriundos da familiaridade da pesquisadora com a intervenção, no intuito de sistematizar sua microteoria e facilitar a identificação dos elementos estruturais (insumos ou recursos) necessários à realização do curso, atividades inerentes ao processo de implementação, os produtos imediatos decorrentes destas atividades e os resultados mais mediatos que se espera alcançar com o curso, além das relações entre todos estes componentes. Considera-se que o contexto organizacional e político determinam a articulação entre os componentes da intervenção.

Figura 2 – Modelo lógico da intervenção – Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família: Problema, insumos, atividades, produtos e resultados.

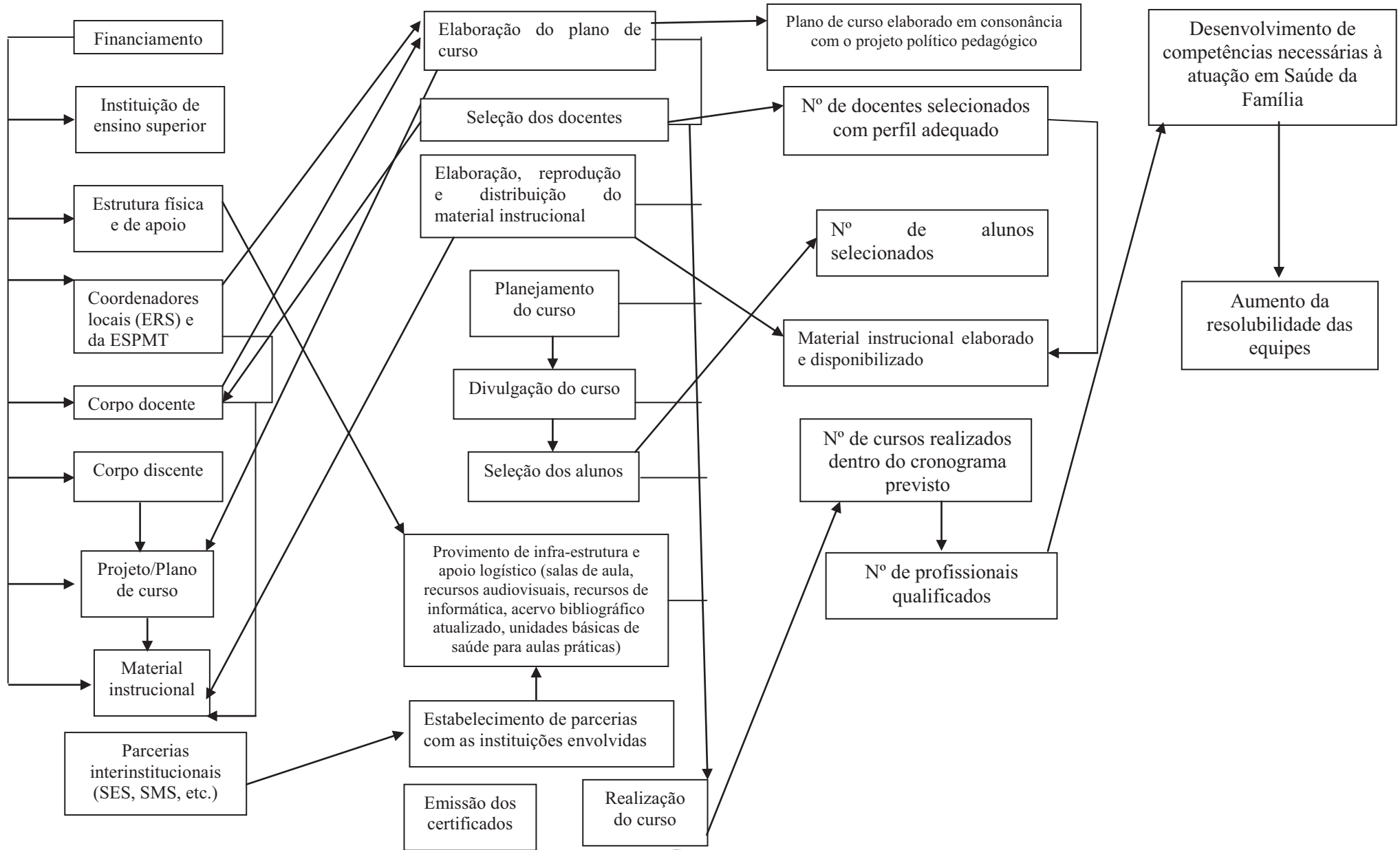
Problema: O curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família foi concebido para atender às necessidades de capacitação, em larga escala, dos profissionais atuantes na estratégia saúde da família de forma inovadora e descentralizada. Dado o baixo percentual de alunos (27,3%) que concluíram o curso com a entrega de monografia, discute-se a coerência da proposta e a consistência do processo de implementação do programa de formação.

Insumos

Atividades

Produtos

Resultados



CONTEXTOS POLÍTICO E ORGANIZACIONAL

A seguir, são apresentados os resultados da pesquisa empírica, para o que convencionou-se organizá-los de acordo com as dimensões, subdimensões e seus respectivos indicadores definidos na matriz de informação (Quadro 03).

3.2 DIMENSÃO – CONTEXTO POLÍTICO

3.2.1 INDICADOR: Relevância política dada ao curso e sua priorização pela escola

De acordo com o coordenador central, a prioridade política dada ao curso pela instituição pode ser considerada parcial, ou seja, uma ação considerada prioridade por parte de alguns atores da escola, dependendo de quem exercia a gestão, não se firmando como uma prioridade institucional de fato, devido ao envolvimento de poucos com o curso:

“(...) Prioritário pra instituição, devido os gestores que a gente tinha na época e, até isso, com relação à mudança de gestores, ficou meio que dividido. Então, não era... era prioridade, mas não era toda a instituição que estava envolvida no processo, mesmo sendo uma prioridade da escola.” (Entrevistado – coordenação central)

Na opinião da direção da escola no período de realização do curso, o mesmo foi considerado relevante enquanto estratégia para reorganizar o trabalho das Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de implantar o novo modelo de atenção adotado no estado – a Estratégia Saúde da Família:

“Esse curso perante a proposta da política estadual de saúde, com o novo modelo de atenção adotado, que era a Estratégia de Saúde da Família, teve sua grande relevância no sentido da reorganização de todo o trabalho dessa rede e o curso, ele teria uma grande contribuição, que ele, a proposta, era a qualificação de todos esses profissionais que estavam inseridos nessa rede e que atualmente pertenciam à Estratégia de Saúde da Família, à equipe de Saúde da Família.” (Entrevistado – gestão escolar)

Em uma das declarações da ex-direção da escola, observa-se que em uma auto-avaliação este informante identifica sua pequena participação na implementação do curso e centralização das atividades em apenas um profissional da escola.

“Hoje a gente vê uma falha da nossa participação no processo, da minha participação nesse processo, entendeu? Eu deveria ter discutido melhor, ter formado uma equipe maior pra estar acompanhando isso, como hoje nós estamos fazendo. Cada

curso tem o seu coordenador. E ela ficou com quatro regionais, acompanhando tudo...” (Entrevistado – gestão escolar)

De acordo com o mesmo informante, a relevância política dada ao curso não foi sempre a mesma, havendo mudanças em decorrência das trocas de gestão estadual.

“Então ela teve uma relevância muito grande, política, que foi uma decisão de, vamos falar, política de Estado, que era a qualificação das Equipes de Saúde da Família. Então ela teve o seu peso muito grande nessa decisão. Só que nós nos sentimos assim, essa decisão foi tomada já num quase final de governo, onde as mesmas pessoas não estariam aqui dentro da escola. Uma mudança de gestão e o processo ficou assim, iniciado e sem força, até porque a própria Secretaria de Estado, ela começou, no governo atual, ela começou e teve suas mudanças de gestor na secretaria, que a gente sabe que entrou um secretário, aí saiu e logo em seguida entrou outro, ficou uns dois ou três meses, saiu e assumiu uma outra pessoa... Então até tudo isso tomar seu rumo certo houve um prejuízo nesse processo.”

Percebe-se que houve fragilidades na importância dada ao curso politicamente, na época de sua realização, pois, segundo o informante:

“Ela teve momentos de suas fragilidades com essas mudanças de gestores, entendeu? (Ela teve sua fragilidade.” (Entrevistado – gestão escolar)

Certa desvalorização por parte da Secretaria Estadual de Saúde em relação não só ao curso de especialização, mas, conseqüentemente, estendendo-se a todas as ações da escola, figura também no relato do gestor escolar sobre a diminuição significativa de recursos financeiros para a ESPMT desde a mudança de gestão.

“... antigamente, quando nós assumimos aqui a gestão da escola, que implantamos as pós-graduações (...) era significativo. Nós tínhamos um orçamento de quase seis milhões! Hoje nós estamos com 400 mil, uma diferença muito grande! (...) Antigamente o recurso, a parte de financiamento pelo estado, era bem maior. A gente tem percebido, assim, uma curva que vem descendo. E isso tem... prejudicado as ações da escola (...).” (Entrevistado – gestão escolar)

3.2.2 INDICADOR: Acordos e parcerias realizadas entre a IES e outras instâncias para a realização do curso.

As parcerias para realização do curso foram firmadas principalmente com os Escritórios Regionais de Saúde das regiões sede onde as turmas foram realizadas, as SMS cujos

profissionais foram alunos do curso e também com professores, setor responsável pela parte pedagógica da escola e o Ministério da Saúde.

“É, dentre elas, eram as parcerias com os Escritórios Regionais de Saúde... As Secretarias Municipais de Saúde, com relação à liberação de profissionais, com relação a custeio mesmo de algumas despesas dos profissionais, embora grande parte tinha cobertura. (...) também com vários, vamos dizer, professores, especialistas da área, por que teve que ter algumas discussões com relação à ementa de cursos. O quê que deveria ser abordado, a forma como deveria ser abordado. Então, também teve envolvimento dos professores dos cursos... A parte pedagógica também da escola pra ministrar como os professores deveriam proceder ... o quê mais?... O Ministério da Saúde, claro! Que foi parceiro...” (Entrevistado – coordenação central)

Contudo, tais parcerias não tinham um caráter formal, não sendo estabelecidas por meio de Termos de Cooperação oficiais, constituindo-se principalmente em apoios, colaborações consideradas voluntárias por parte dos envolvidos, com exceção da parceria com o Ministério da Saúde, com o qual foi firmado um convênio:

“Algumas colaborações voluntárias mesmo. No caso assim de alguns professores que colocavam-se à disposição pra estar ajudando nessa área. Outras foram colaborações financeiras, que é o caso do Ministério da Saúde, com convênio; (...) Outras assim, as pessoas não eram remuneradas especificamente pra dar essa colaboração, mas elas eram liberadas do seu local de trabalho pra fazer essa função momentânea. Então, de certa forma, eram remunerados pelo local de trabalho mesmo.” (Entrevistado – coordenação central)

Estas foram consideradas fundamentais para a implementação das turmas na opinião da coordenação central e da gestão escolar da época, destacando a indispensabilidade de parceria para o financiamento de intervenções como esta.

“É, assim, com certeza precisou e sempre, acredito, que tiver cursos assim, nessa área, vai precisar de parcerias. Não tem como fazer sozinho, não.” (Entrevistado – coordenação central)

“(...) a importância foi muito grande do financiamento, da gente ter essa parte, por que o recurso financeiro era uma das áreas prioritárias para que você possa realizar as ações principalmente da escola.” (Entrevistado – gestão escolar)

“Não só com especialização, talvez com outros cursos, mas que precisamos sim desses financiamentos pra dar continuidade, porque o investimento do estado para 2010 ficou muito pequeno

pra escola. Ficou 400 mil, que só a manutenção da escola é isso durante o ano. Então, efetivamente, se a gente não tiver esses financiamentos, não dá pra gente avançar muito nessa política de educação permanente.” (Entrevistado – gestão escolar)

3.2.3 INDICADOR – Critérios para a participação no curso

Conforme informações presentes no projeto do curso, os critérios para matrícula dos profissionais eram: “ser profissional de nível superior com formação em enfermagem, medicina ou odontologia, estar lotado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde e estar desenvolvendo suas atividades como integrante de Equipe de Saúde da Família” (ESPMT, 2005). De acordo com o coordenador central, os profissionais ainda deveriam estar há pelo menos seis meses atuando em Saúde da Família e apresentarem uma liberação formal da gestão municipal para participarem do curso.

“(…) alguns critérios tinham que ser atendidos, como o profissional já estar atuando em Saúde da Família, com no mínimo seis meses numa equipe. (...) Outro critério também era esse termo de consentimento do gestor liberando pra fazer a capacitação.”

3.2.4 INDICADOR – Apoio dos gestores municipais aos participantes do curso

Verifica-se que, entre os alunos que participaram da pesquisa, todos (100%) receberam liberação dos gestores municipais para participarem das aulas presenciais. Os outros tipos de apoio mais referenciados foram o de ajuda financeira para o custeio de despesas com deslocamento e hospedagem, referido por 43,2% dos alunos, seguido de liberação de outros momentos para estudos, pesquisa bibliográfica, realização de trabalhos e disponibilização de acesso a computadores e internet, ambos declarados por 27% dos alunos pesquisados.

Tabela 3 - Tipos de apoio recebidos pelos alunos da gestão municipal para a realização do curso

<i>Tipos de apoio</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual entre os respondentes (%)</i>
Liberação para as aulas presenciais	37	100
Liberação de outros momentos para estudos, pesquisa bibliográfica, realização de trabalhos	10	27
Disponibilização de acesso a computadores e internet	10	27
Ajuda financeira para custeio de despesas com deslocamento, hospedagem	16	43,2
Proposta de valorização profissional aos que se qualificassem	03	8,1

Incentivo ao planejamento e implantação de melhorias e mudanças propostas pelos alunos no serviço	07	18,9
Nenhum apoio	01	2,7
Outro	02	5,4

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

As informações dos coordenadores locais respondentes corroboram as dos alunos, uma vez que todos identificaram o apoio da gestão local no sentido de liberarem os profissionais para freqüentarem as aulas presenciais. A coordenação local de Cáceres identificou apoio também na ajuda financeira, assim como a de Sinop. Esta última referiu que os municípios apoiaram ainda na disponibilização de acesso a computadores com internet e incentivando o planejamento e implantação de melhorias e mudanças no serviço.

Quando questionados se os tipos de apoio identificados aconteceram em todos os municípios, os coordenadores das regionais de Cáceres e Tangará afirmaram que todos os gestores liberaram os alunos oficialmente, mas na região de Cáceres apenas alguns municípios ofereceram o apoio financeiro para as despesas necessárias à participação nas aulas.

“A liberação sim, sendo oficializado pelos gestores. Quanto ao apoio financeiro, alguns disponibilizaram.” (Coordenador local-Cáceres)

“Sim, não houve problema todos os discentes foram liberados através de ofícios dos gestores, o que garantiu a participação.” (Coordenador local -Tangará)

“Somente em alguns. Por falta de conhecimento e/ou comprometimento por parte dos gestores.” (Coordenador local - Sinop)

3.3 DIMENSÃO – CONTEXTO ORGANIZACIONAL

3.3.1 INDICADOR - Autonomia decisória da escola

Pode-se considerar que a escola possuía plena autonomia decisória, devido ao fato de poder decidir, sem qualquer interferência, sobre o projeto de curso, a metodologia adotada, o planejamento de sua realização, os recursos a serem utilizados, etc.

“Então assim, eu vejo até, talvez, que a autonomia mais, seria quando você faz o projeto, que você já coloca quanto que você vai precisar pra cada coisa, porque depois que o projeto foi feito

e aprovado, é praticamente você seguir o curso daquilo que você tinha planejado.” (Coordenador central)

3.3.2 INDICADOR - Autonomia na gestão administrativa e financeira do curso

A escola não dispunha de autonomia para a gestão dos recursos financeiros. De acordo com os informantes, dependia da Secretaria Estadual de Saúde para licitações, compras, pagamentos, etc. Mesmo que o recurso estivesse liberado pelo Ministério da Saúde para utilização no que havia sido planejado e discriminado no projeto pela ESPMT e que esta cumprisse os prazos estipulados institucionalmente para solicitação dos insumos e pagamentos necessários à realização do curso, não havia garantia de que tudo corresse dentro do planejado. Os problemas organizacionais que ocorreram na SESMT, no período de mudanças na gestão, tiveram reflexos importantes na implementação do curso, gerando atrasos e interrupções no processo. A autonomia da escola estaria limitada à construção do projeto, planejamento e outras decisões de caráter administrativo do curso, mas não na gestão dos recursos financeiros, embora este aspecto estivesse garantido na lei de criação da escola.

“É... é por que, na verdade assim, o recurso financeiro, ele é muito específico quando você faz o projeto. Então você já loca os recursos de acordo com a área que você vai utilizar. E... dentro da escola, não sei se tem questão relacionada à própria SES... Aí já é outra questão que aí realmente tem dificuldade...” (Entrevistado – coordenação central)

“Com relação à Escola de Saúde Pública, como ela tava assim, sendo a executora e foi ela que fez o projeto, então era muito tranqüila a questão, é... da solicitação, do que você já tinha previsto. Então, fazia no tempo hábil, tudo tranqüilo. A dificuldade foi com relação à própria Secretaria de Estado, porque foi um período de mudança de gestão... E aí, quê que aconteceu? Até que esse, essa transição ocorresse, houve problemas sérios com relação à suspensão de recursos. Alguns processos foram parados, não foram deferidos pra dar encaminhamento como, por exemplo, locação de local, pagamento de diária pra viagem de professores, hora aula, que já estava garantido em convênio. Não era dinheiro fonte da secretaria. Então, até que o pessoal da transição tomasse conta da situação exatamente, ficou prejudicado, nessa parte, o curso, e foi complicado nesse momento, nesse período do curso, por conta disso. Então, até que a nova gestão se adaptasse ao que estava acontecendo, em andamento, houve esse porém. Mas, quanto à Escola de Saúde Pública foi muito... muito tranqüilo, com apoio.” (Entrevistado – coordenação central)

“Tentamos dar condições para que a escola tivesse essa autonomia financeira de estar vendo suas necessidades, estar fazendo suas licitações, tudo, mas isso ficou só no papel. Por que a escola foi criada com uma lei muito forte, que dava essa autonomia administrativa e financeira, porém isso ficou muito longe da nossa realidade, por que ela está no papel, mas na execução isso não funciona e a gente depende de toda a parte burocrática da Secretaria de Estado de Saúde (...)”. (Gestor escolar)

3.3.3 INDICADOR – Formas de gestão do curso

Previa-se uma gestão do curso centralizada na escola, constituída na figura do coordenador central e outra descentralizada, em cada regional onde as turmas foram realizadas (coordenações locais). A gestão dos recursos financeiros ficou, de certo modo, dividida entre a coordenação central e o setor responsável pela ordenação de despesas da Secretaria Estadual de Saúde. Cabia à escola demandar os gastos necessários à realização do curso e acompanhá-los mediante a solicitação de extratos periódicos ao setor responsável na SESMT. Também era responsabilidade do coordenador central, elaborar e encaminhar todos os relatórios de execução física e financeira ao Ministério da Saúde, embora exista na SESMT um setor de convênios.

Além disto, o coordenador central ficava imbuído de todas as atividades-meio inerentes ao curso, como a seleção e dimensionamento dos docentes nas turmas, providências para agendamento das aulas e provimento de infraestrutura; gerenciamento de documentação, uma vez que não havia na época uma secretaria escolar responsável por todos os documentos do curso, especialmente os dos alunos (as matrículas eram feitas pela coordenação central e os documentos armazenados na sala do coordenador), entre outras. O recebimento e verificação dos diários de classe também eram feitos pelo coordenador central.

3.4 DIMENSÃO - IMPLEMENTAÇÃO

3.4.1 SUBDIMENSÃO - FINANCIAMENTO

3.4.1.1 INDICADORES: Forma de captação, gestão, suficiência e disponibilidade dos recursos financeiros

Os recursos financeiros foram captados por meio da apresentação de projeto ao Ministério da Saúde e solicitação de financiamento do curso, com o qual foi

estabelecido um convênio. A SESMT entrou com uma contrapartida de 10% do valor total de recursos necessários, uma vez que este é um requisito obrigatório para o estabelecimento da carta-acordo. Este percentual foi alocado, segundo o mesmo informante, na produção do material instrucional, provavelmente para reprodução gráfica do mesmo.

“É... basicamente, convênio do Ministério da Saúde, embora o estado tenha dado uma contrapartida”. (...) dez por cento do valor global do projeto, o estado teria que dar de contrapartida. Agora, exatamente em qual rubrica que nós colocamos isso eu não tenho certeza, mas eu acredito que foi em material didático.” (Entrevistado – coordenação central)

A gestão destes recursos foi feita pelos setores responsáveis pelo acompanhamento de convênios e financeiro da SESMT, mas principalmente pela escola, na pessoa do coordenador central, com base no que foi relatado pelo mesmo ao descrever suas atividades (ver subdimensão - coordenação).

De acordo com a coordenação central do curso, o recurso financeiro foi suficiente para a implementação das quatro turmas e essa informação foi reforçada pelo gestor escolar na seguinte afirmação:

“(...) o recurso era suficiente, houve até assim uma falha porque nós chegamos a devolver recurso.” (Gestor escolar)

No que tange às causas da devolução desses recursos, foi referida a burocracia inerente aos processos licitatórios, de compras e pagamentos da secretaria estadual de saúde, principalmente em relação ao pagamento de horas-aula para os professores, determinada provavelmente pela ausência de mecanismos regulatórios que garantissem a legalidade deste tipo de despesa.

“Um dos fatores que travou muito é a questão que... nós conseguimos uma lei que regulamentava pagamento de hora-aula, mas não houve regulamentação dessa lei. E a Procuradoria Geral do Estado bateu duro na Auditoria Geral do Estado no sentido de, dos processos seletivos para docentes.” (Gestor escolar)

Não houve problemas quanto à disponibilidade dos recursos financeiros, pois, segundo a direção da escola as parcelas foram liberadas com facilidade, constituindo-se em uma das facilidades identificadas por este ator na implementação do curso.

“(...) não foi difícil a liberação das parcelas, entendeu?” (Gestor escolar)

3.4.2 SUBDIMENSÃO – PLANO DE CURSO

3.4.2.1 INDICADOR: processo de elaboração

Diante das informações colhidas, observa-se que o plano de curso teve a participação de parte dos docentes em seu processo de elaboração, já que, dos professores que participaram da pesquisa, a maioria (60%) referiu não ter participado da elaboração do mesmo, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 4 – Participação dos docentes na elaboração do plano de curso do CEMISF

Você participou da elaboração do referido plano de curso?	Frequência (N)	Percentual (%)
Sim	02	40
Não	03	60
Total	05	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

O coordenador central menciona a participação de vários professores especialistas na definição da ementa do curso e da forma com que os conteúdos deveriam ser abordados quando descreve as parcerias realizadas para a execução do curso.

Com base nas informações descritas no plano de curso, a metodologia adotada no CEMISF foi a problematizadora, indo de encontro ao Plano Político Pedagógico da ESPMT, considerando “o processo ensino-aprendizagem como uma relação interativa estimulada pelo professor/facilitador, entre o sujeito do processo (aluno) e o seu objeto (conteúdo da aprendizagem)”. (ESPMT, 2005, p. 35)

O curso propõe “uma formação ampliada, que desenvolva o pensamento crítico, através do resgate e da problematização de toda a experiência vivenciada pelo aluno” (indivíduo, grupo ou profissional) “como ponto de partida para a construção coletiva dos novos conhecimentos.” (ESPMT, 2005, p. 35)

Esta construção estaria apoiada em processos de aprendizagem por descoberta, isto é, os conteúdos não são oferecidos aos alunos em sua forma final, mas em forma de problemas que guardem relação direta com sua realidade e que os alunos, para resolvê-los, necessitam descobrir relações entre a teoria e a prática, “reorganizar o material

adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar.” (ESPMT, 2005, p. 36)

O projeto faz menção à aprendizagem significativa, onde o conteúdo deve relacionar-se a problemas reais do dia-a-dia do aluno, sendo este tratado como o principal ator do processo de construção do conhecimento, de modo que o desafie a buscar o avanço no que já conhece.

Na percepção dos alunos, percebe-se a aplicação de vários aspectos coerentes com a metodologia problematizadora, pois a maioria deles julgou verdadeiras as afirmações de que o processo de ensino-aprendizagem enfatizou a abordagem dos problemas reais de seu contexto de atuação (84,6%), que os conteúdos eram sempre renovados e ampliados, propiciando discussões críticas (82,1%), e que participaram ativamente do processo, sentindo-se os principais atores (71,8%). A maioria (84,6%) também considerou falsa a afirmativa de que suas experiências e vivências não foram valorizadas e consideradas no processo (Tabela 5).

Contudo, para 66, 7% dos alunos pesquisados (N= 26), o processo educativo privilegiou as estratégias de transmissão de conteúdos teóricos, como palestras e aulas expositivas, indicando a dificuldade dos docentes em utilizar outros recursos didáticos que propiciem maior participação do aluno.

Tabela 5 – Percepção dos alunos sobre aspectos relacionados à metodologia utilizada no curso

Afirmativas	Respostas dos alunos					
	Verdadeiro		Falso		Total	
	N	%	N	%	N	%
O processo de ensino-aprendizagem deu-se pela ênfase na abordagem dos problemas reais do contexto de atuação dos alunos.	33	84,6	06	15,4	39	100
Os conteúdos ministrados tinham relação com a realidade, propiciando uma discussão crítica e sempre se renovando e ampliando.	32	82,1	07	17,9	39	100
Você se sentiu o principal ator do processo, participando ativamente da construção do conhecimento.	28	71,8	11	28,2	39	100
Suas vivências e experiências não foram valorizadas nem consideradas no processo.	06	15,4	33	84,6	39	100
O processo de ensino-aprendizagem deu-se principalmente por meio de estratégias de transmissão de conteúdos teóricos como palestras e aulas majoritariamente expositivas.	26	66,7	13	33,3	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

De acordo com a coordenação central do curso, realizou-se uma capacitação pedagógica para os docentes com o curso já em andamento, mas nem todos participaram, devido ao fato de que vários professores já seriam capacitados para ministrarem as disciplinas e já o faziam antes do CEMISF, uma vez que estas eram oferecidas como cursos pontuais. Todavia, a informante considera a importância de se fazer a capacitação antes do início do curso e que a atuação dos professores no CEMISF, em relação à aplicação da metodologia, não foi totalmente adequada.

“Houve estratégia de qualificação específica para os docentes do curso?” (Entrevistadora)

“Sim, mas depois que o processo já estava em andamento. (...) Eu considero importante fazer a capacitação primeiro. O que na verdade, assim, pra esses cursos, não aconteceu previamente porque o curso foi um aprimoramento tentando adequar os cursos pontuais pra um formato de especialização. Então, já tinham professores qualificados nessas áreas pra ministrarem o curso. Só que realmente pra uma questão... para a metodologia que a escola se propõe a fazer, da problematização, a conduta do professor realmente não atendeu muito. Então, acho que é importante fazer essas capacitações antes de se iniciar o processo.” (Entrevistado - coordenação central)

3.4.2.2 INDICADORES: adequação e flexibilidade

Os docentes pesquisados foram unânimes em considerar os conteúdos dos componentes ministrados por eles foram adequados às necessidades impostas aos alunos pelo serviço, como ilustra esta declaração de um dos informantes:

“Sim. Naquele momento a maioria dos profissionais era iniciante na APS e precisava de conhecimentos fundamentais e básicos sobre o assunto. Além disto, o curso dava condições para que os alunos desenvolvessem alguns aspectos próprios para suas áreas de abrangência, como o trabalho com o território práticas preventivas e PBE.” (Docente 05)

No entanto, houve certa divisão no que se refere à carga horária. Dois dos professores pesquisados julgaram a carga horária insuficiente para lidar com questões complexas como a saúde do adolescente e a saúde mental (ministrada pelo docente 03). Outro acredita que a carga horária seria suficiente se houvesse complementação do conteúdo em outras disciplinas, caso contrário ficaria

“Em função de se perceber em todas as equipes treinadas no interior do estado, grande dificuldade para compreender

especificidades do comportamento e da condição psicossocial adolescente e ainda, em função das observações quanto a comportamento da equipe que recebe o adolescente nos PSFs com características de forte preconceito e estereotipagem do adolescente, (...) penso que a carga horária ficou aquém do necessário.” (Docente 02)

“Não. O conteúdo era e ainda é muito complexo para ser trabalhado em 16 horas.” (Docente 03)

“Eu trabalhei como docente apenas do módulo introdutório. Considerávamos a carga horária adequada porque estavam previstos os módulos complementares. Caso não houvesse os módulos complementares, sem dúvida a capacitação dos profissionais seria debilitada.” (Docente 04)

Verifica-se que, para a maioria dos alunos, os componentes curriculares tiveram grande importância para a sua formação, no sentido de melhorar a atuação na estratégia de Saúde da Família. Entre os componentes que obtiveram maior percentual de relevância estão os que constituíam o módulo de delimitação do campo da Saúde da Família: Básico em Saúde da Família e Fundamentos da AP, ambos considerados de grande relevância por 97,3% dos alunos respondentes, além do Introdutório com 97,2% de aprovação.

Tabela 6 – Grau de importância dos componentes curriculares do curso para melhorar a atuação em Saúde da Família, de acordo com os alunos.

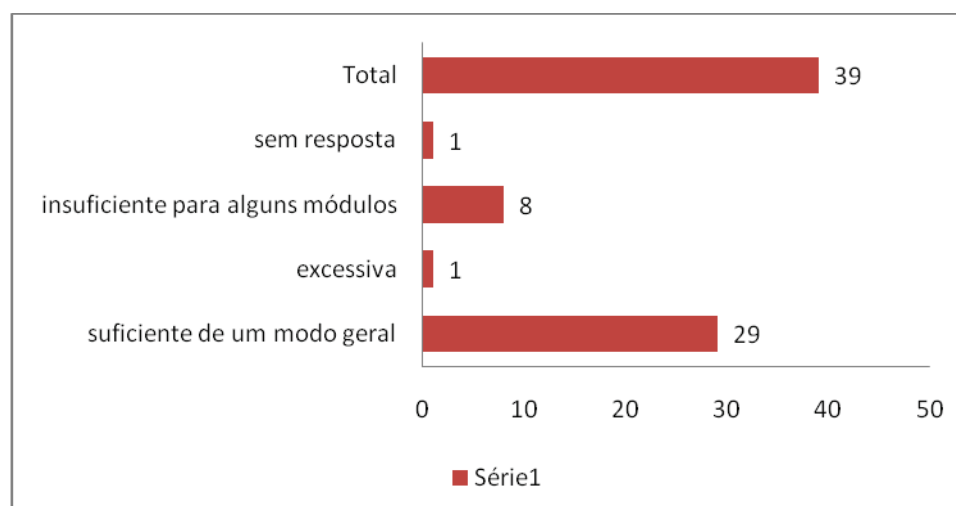
COMPONENTES CURRICULARES	Grande importância		Total de respostas	
	N	%	N	%
Básico em Saúde da Família	36	97,3	37	100,0
Fundamentos da Atenção Primária	36	97,3	37	100,0
Introdutório em Saúde da Família	35	97,2	36	100,0
Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com DST/AIDS e HIV e hepatites	35	94,6	37	100,0
Seminário: Problemas prevalentes na área de abrangência das equipes	33	94,3	35	100,0
Saúde da mulher em atenção primária	34	91,9	37	100,0
Urgência e Emergência em atenção Primária	34	91,9	37	100,0
Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose, Malária e Doença de Chagas	34	91,9	37	100,0
Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com Hanseníase e Tuberculose	34	91,9	37	100,0
Atualização terapêutica em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	34	91,9	37	100,0
Fundamentos da Prática Clínica em Atenção Primária	30	90,9	33	100,0

Aprimoramento das Habilidades Clínicas	27	90,0	30	100,0
Saúde do Idoso em Atenção Primária	32	86,5	37	100,0
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	30	83,3	36	100,0
Aspecto de Saúde Bucal para Equipes de Saúde de Família	29	82,9	35	100,0
Saúde Mental em Atenção Primária	30	81,1	37	100,0
Vigilância Epidemiológica em Grandes Endemias para Cirurgiões Dentistas	23	79,3	29	100,0
Saúde do adolescente em atenção primária	29	78,4	37	100,0
Elementos de planejamento local e gerência de USF	29	78,4	37	100,0
Política Estadual, plano microrregional, e organização do sistema municipal de saúde	28	77,8	36	100,0
Odontologia para Inserção no Programa da Saúde da Família	22	75,9	29	100,0
Introdução à pesquisa científica para a elaboração de monografia	28	75,7	37	100,0
Gestão da informação em saúde na atenção primária	28	75,7	37	100,0
Introdução ao estudo dos desenhos epidemiológicos	27	73,0	37	100,0
Prática baseada em evidências	26	70,3	37	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Em relação à carga horária (CH) dos módulos, 29 dos alunos que responderam a esta questão (74,4%) consideraram-na suficiente de um modo geral (Gráfico 1). Aqueles que julgaram alguns módulos com CH insuficiente (pouco mais de 20%), especificaram como tal os componentes de Hipertensão e Diabetes, Estudos dos Desenhos Epidemiológicos Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, os de vigilância e assistência ao paciente em Malária, Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose e Doença de Chagas, Hanseníase e Tuberculose e DST/Aids; Saúde Bucal, Saúde do Adolescente, Urgência e Emergência em Atenção Primária e Introdução à pesquisa científica para elaboração de monografia.

Gráfico 1– Suficiência da carga horária dos módulos na opinião dos alunos



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Quanto à flexibilidade, para 60% dos professores pesquisados o plano de curso era flexível, sendo possível modificá-lo quando julgassem necessário.

Tabela 7 – Opinião dos docentes quanto à flexibilidade do plano de curso do CEMISF

Era possível fazer mudanças no plano de curso quando o professor julgasse necessário?	N	%
Sim	03	60
Não	02	40
Total	05	100

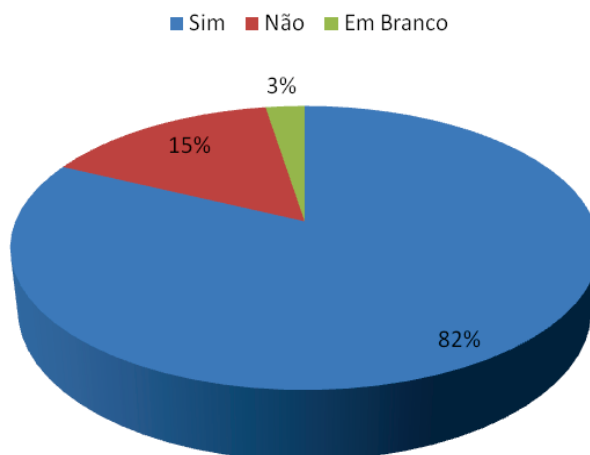
Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

3.4.3 SUBDIMENSÃO – CRONOGRAMA

Observou-se que todas as turmas tinham cronograma, com a previsão de datas para a realização dos componentes curriculares e que a maioria dos alunos (82%) teve acesso a ele no início do curso (Gráfico 2), contudo estes não foram cumpridos adequadamente. Em análise aos documentos do curso, verificou-se a existência de pelo menos dois cronogramas para cada turma, um presente nas pastas de acompanhamento de turma pelo coordenador central e outro nos arquivos de computador que supostamente foram enviados aos alunos. As datas dos cronogramas verificados foram comparadas com as datas de realização dos componentes presentes nos diários de classe.

Percebe-se que na regional de Tangará da Serra, houve mudanças nas datas de realização previstas nos cronogramas de 07 dos 22 componentes curriculares (31,8%). Nos arquivos de documentos referentes à turma de Barra do Garças, foram encontrados dois cronogramas datados de 07/10/04 e 05/07/2005. Os dados apresentados demonstram que houve alterações nas datas de realização de 14 componentes curriculares (63,6%) realizados neste local. Em Cáceres, as datas de apenas 04 componentes curriculares (18%) foram alteradas, sendo esta a turma em que mais se conseguiu cumprir o cronograma planejado.

Sinop foi a regional que mais sofreu modificações no cronograma, pois 16 dos 22 componentes curriculares (72%) não foram oferecidos nos períodos previstos. Neste caso em especial, identifica-se uma significativa falha de planejamento que provavelmente foi prejudicial para os alunos, uma vez que os mesmos podem ter sentido dificuldade de se (re)programar para participar das aulas.

Gráfico 2 – Acesso dos alunos ao cronograma no início do curso

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

O quadro abaixo apresenta os componentes curriculares que tiveram suas datas alteradas em cada turma/regional.

Quadro 03 – Alterações nas datas de realização dos componentes curriculares por turma

TURMA	COMPONENTES	DATAS PREVISTAS NO CRONOGRAMA	DATAS DE REALIZAÇÃO
Tangará da Serra	Básico	4 Módulos: 24 e 25/09/04; 29 e 30/10/04; 26 e 27/11; 18/12/04.	20 e 21/08/05; 24 e 25/09/05; 06 e 07/11/05; 03/12/05.
	AIDPI	25 a 29/07/05	15 a 19/08/05
	Saúde da Mulher	26 e 27/08/05; 02 e 03/09/05	18 e 19/11/05
	Saúde Mental	16 e 17/09/05	17 e 18/09/05
	Urgência e Emergência	30/9 e 01/10/05	02 e 03/12/05
	Saúde do Idoso	28 e 29/10/05	29 e 30/10/05
	Vig. Epidem. e Assistência ao paciente Dengue, Malária...	16 a 18/06/05	25 a 27/11/05
Barra do Garças	Saúde do Adolescente	24 e 25/09/05; 25 e 26/03/05	29 e 30/10/05
	Urgência e Emergência	07 e 08/10/05; 24 e 25/06/05	11 e 12/11/05
	Vig. Epidem. e Assistência ao paciente Dengue, Malária...	10 a 12/02/05; 28 a 30/07/05	18 a 20/11/05
	Vig. Epidem. e Assistência ao paciente com DST/ AIDS e Hepatites	01 a 03/09/05; 24 a 26/02/05	09 a 11/12/05
	Gestão da Informação	14 e 15/01/05	29 e 30/01/05
	Vigilância Epidemiológica e Assistência ao Paciente com	27 a 29/01/05; 09 a 11/06/05	16 a 18/05/05

Barra do Garças	Hanseníase e Tuberculose		
	Atualização Terapêutica em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial	11 e 12/03/05	01 e 02/04/05
	AIDPI	18 a 22/04/05	11 a 15/04/05
	Saúde da Mulher	13 e 14/05/05	20 e 21/05/05
	Introdução à Pesquisa p/ elaboração de trabalho científico	02 módulos: 27 e 28/05/05; 09 e 10/09/05	19 e 20/11/04; 03 e 04/04/05
	Saúde Mental	10 e 11/06/05	09 e 10/07/05
	Aspecto de Saúde Bucal	8 e 9/07/05	25 e 26/02/05
	Saúde do Idoso	29 e 30/07/05	11 e 12/02/05
	Capacitações de Cirurgiões Dentistas para inserção em Equipes de Saúde da Família	Módulo I: 11 a 13/08/05	04 a 06/08/05
Sinop	Fundamentos de Atenção Primária	20 e 21/05/05	18 e 19/06/05
	Introdução à Pesquisa p/ Elaboração de Trabalho Científico (Módulos I e II)	11 e 12/03/05 03 e 04/06/05	12 e 13/03/05 15 e 16/07/05
	Política Estadual, Plano Microrregional e Organização do Sistema Municipal de Saúde	07 e 08/04/05	05 e 06/05/05
	Elementos de Planejamento e Gerência em Unidades de Saúde da Família	09 e 10/04/05	07 e 08/05/05
	Práticas Baseadas em Evidências	29 e 30/04/05	08 e 09/07/05
	Introdução ao Estudo dos Desenhos Epidemiológicos	22 e 23/07/05	19 e 20/11/05
	Gestão de Informação em Atenção Primária	24 e 25/06/05	25 e 26/06/05
	Atualização Terapêutica em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial	11 e 12/11/05	02 e 03/12/05
	Saúde do Adolescente	08 e 09/07/05	12 e 13/08/05
	Saúde da Mulher em Atenção Primária	09 e 10/12/05	25 e 26/11/05
	Saúde do idoso em Atenção Primária	06 e 07/05/05	03 e 04/07/05
	Saúde Mental	23 e 24/09/05	08 e 09/10/05
	Urgência e Emergência em Atenção Primária	07 e 08/10/05	09 e 10/12/05
	Aspectos de Saúde Bucal	25 e 26/11/05	16 e 17/12/05
	Vig. Epidem. e Assistência ao paciente Dengue, Malária...	25 a 27/08/05	26 a 28/08/05
Vigilância Epidemiológica e Assistência ao Paciente com Hanseníase e Tuberculose	08 a 10/09/05	09 a 11/09/05	
Cáceres	Saúde do Adolescente	18 e 19/03/05	09 e 10/09/05
	Urgência e Emergência	17 e 18/06/05	18 e 19/11/05
	Vig. Epidem. e Assistência ao paciente Dengue, Malária...	14 a 16/07/05	15 a 17/07/05
	Aspecto de Saúde Bucal	02 a 03/09/05	11 e 12/11/05

Fonte: Documentos do curso - ESPMT, 2005.

As informações dos coordenadores e alunos reforçam o panorama exposto. Dois dos coordenadores locais e o coordenador central assinalaram que o cumprimento do cronograma foi parcialmente adequado, havendo algumas mudanças no decorrer do curso. Para o outro coordenador local, o cumprimento foi inadequado, havendo muitas mudanças de datas nos módulos. Entre os alunos, grande parte considerou que o cumprimento foi parcialmente adequado, com algumas mudanças no decorrer do curso (74,4%) ou inadequado, havendo muitas mudanças (12,8%).

Tabela 8 – Opiniões dos alunos sobre o cumprimento do cronograma do curso

Alternativas	Frequência (N)	Percentual (%)
Totalmente adequado, do início ao final do curso, sem mudanças de datas nos módulos.	04	10,3
Parcialmente adequado havendo algumas mudanças no decorrer do curso	29	74,4
Inadequado, havendo muitas mudanças de datas nos módulos	05	12,8
Sem resposta	01	2,6
Total	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Os motivos declarados pelos sujeitos da pesquisa para estas alterações nos cronogramas foram, principalmente, a necessidade de adequação à agenda dos professores (razão identificada pelo coordenador central e dois dos coordenadores locais), cuja disponibilidade para ministrar as aulas não coincidia com as datas já programadas; e os problemas ligados à morosidade dos processos na SESMT para viabilização dos pagamentos e compras necessárias à realização do curso, a qual se pode inferir que foi a causa base para o motivo expressado pelo coordenador local 02.

“(...) vários motivos na verdade. (...) Às vezes a data que tinha estipulado o professor não poderia ir naquela data. Então o módulo tinha que ser, sofrer alteração. Outra questão era com relação ao que eu falei anteriormente, que foi um período que nós tivemos com relação à questão financeira. Tivemos que mudar muitas datas por que os processos não tinham andamento, mesmo sendo mandado com o tempo hábil, com o tempo determinado da secretaria, mas por causa da mudança... Então, os processos foram parados, não dava continuidade, então você não tinha como locar local pro curso, como pagar diária, como comprar passagem... Então, isso também prejudicou, contribuiu para a mudança de alguns módulos. Basicamente eram essas coisas.” (Coordenação central)

“Obedeceu à adequação da agenda dos monitores.”
(Coordenador local 01)

“Para adequação à agenda de alguns monitores.” (CL03)

“Outras agendas de saúde que interferiam e local nem sempre adequado e disponível.” (CL02)

A opinião dos alunos acerca do formato modular do curso, com aulas preferencialmente aos finais de semana, foi positiva de modo geral, já que 76,9% dos pesquisados considerou este aspecto adequado.

Tabela 9 – Opinião dos alunos sobre o formato modular do curso, com aulas aos finais de semana

Respostas	N	%
Adequado	30	76,9
Parcialmente adequado	05	12,8
Inadequado	03	7,7
Não responderam	01	2,6
Total	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

De acordo com os que acharam este formato parcialmente adequado ou inadequado, os motivos justificados foram: por ser cansativo, uma vez que trabalhavam a semana toda, por ser prejudicial às aulas práticas e por também prejudicar o convívio familiar, pois o final de semana seria o momento privilegiado para ficarem com a família.

Idéia central	Exemplos	Freq.	%
Prejudicial às aulas práticas	“Adequado para as aulas que não necessitavam de prática. Inadequado para prática supervisionada.” “Porque alguns módulos necessitavam ser mais extensos, englobar a semana toda, ter prática.” “Alguns módulos se torna cansativo demais, pois se trabalha a semana toda e no final de semana tem que se deslocar 150 km e passar dois dias de aula.”	02	25
Por ser cansativo	“Às vezes, o cansaço atrapalhava assistir aula nos finais de semana, principalmente quando tínhamos uma semana de trabalhos intensos na unidade de saúde.” “Porque trabalhamos a semana toda e no final temos que estudar, acho desumano, pois somos seres humanos e temos o direito de sermos liberados para nos qualificarmos.”	03	37,5
Prejudicial ao convívio familiar	“O ideal é que as aulas sejam no decorrer da semana, pois para quem tem família é mais difícil ficar fora de casa nos finais de semana.” “Por termos família, filhos e trabalhos paralelos ao da prefeitura, as aulas de finais de semana são muito	03	37,5

cansativas, pois nos deslocamos p/ outras cidades p/ freqüentar.”

“Trabalho 40 horas semanais na ESF, o horário de descanso e atenção à própria família é o final de semana.”

Total de respostas

08 100,0

3.4.4 SUBDIMENSÃO – MATERIAL INSTRUCIONAL

3.4.4.1 INDICADOR – Formas de elaboração, apresentação e organização:

Neste quesito, buscou-se identificar como foi o processo de elaboração do material instrucional, constituído essencialmente por apostilas, se este contou com a participação de docentes do curso, se foi elaborado de acordo com a metodologia adotada (problematização) e se apresentava-se de maneira legível e organizada.

Na etapa de análise documental, foram reunidas e analisadas algumas das apostilas confeccionadas para os seguintes componentes curriculares: Básico em Saúde da Família, Fundamentos da Atenção Primária e Introdutório em Saúde da Família.

Para o Básico em Saúde da Família foram confeccionadas quatro apostilas, sendo uma para cada módulo. Estas se constituíam de uma compilação e organização de textos utilizados em cada módulo, em que os originais foram escaneados e digitados, preservando-se suas referências, a fim de garantir legibilidade e maior organização, uma vez que os textos eram anteriormente xerocados de matrizes já antigas, nem sempre legíveis e entregues aos alunos grampeados um a um. Observa-se que o material é legível, de fácil manuseio já que as apostilas foram rodadas em gráfica, encadernadas e organizadas de acordo com os textos utilizados em cada módulo, facilitando ao aluno a busca pelo material. Contudo, as apostilas não foram desenvolvidas necessariamente de modo a promover uma espécie de diálogo com o aluno e não trazem exercícios de problematização.

Da mesma forma, a apostila feita para o componente Fundamentos da Atenção Primária, também se constitui de uma reunião de textos e artigos originais que foram escaneados e digitados, preservando-se suas referências. O material também é legível, de fácil manuseio e leitura. Foram rodadas em gráfica e encadernadas em espiral. As apostilas utilizadas no curso Introdutório também guardam as mesmas características, acrescentando slides de *powerpoint*, provavelmente utilizados em aula.

Todos os docentes que participaram da pesquisa afirmaram ter participado da elaboração do material instrucional. Já a coordenação central referiu que nem todos os docentes auxiliaram neste processo:

“Não foi nem sempre, não. Foi parcialmente. Não houve assim, cem por cento de participação, mas também não foi totalmente... Foi parcial.” (Coordenador central)

Quando questionado se o material havia sido elaborado de acordo com a metodologia da problematização, este mesmo informante considerou que sim, porém com dúvidas se o seria para a maioria dos componentes curriculares.

“É! Algumas disciplinas sim, outras não. Talvez, assim, a maioria delas. A minoria que não.” (Coordenador central)

Sobre a apresentação do material, 80% (n=04) dos docentes e 64% (n=25) dos alunos pesquisados julgaram que o mesmo tinha boa apresentação, sendo legível e organizado.

Tabela 10 – Opinião dos alunos quanto à apresentação do material instrucional

Respostas	N	%
Tinha boa apresentação, sendo legível e organizado	25	64,1
Tinha apresentação razoável, às vezes pouco legível e com algumas falhas na organização	13	33,3
Sem resposta	01	2,6
Total	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

3.4.4.2 INDICADOR – Disponibilidade:

Acerca deste aspecto, a maioria dos alunos e docentes, respectivamente 84,6% e 100%, consideraram que o material instrucional foi disponibilizado em quantidade suficiente e no tempo oportuno.

3.4.4.3 INDICADOR – Utilização:

Os dados demonstram que o material instrucional do curso teve uma boa utilização tanto pelos alunos quanto pelos professores. Quando indagados sobre a utilização do material durante as aulas, 61,5% dos alunos e todos os docentes respondentes afirmaram que os mesmos foram plenamente utilizados e em relação à utilização fora das aulas como fonte de pesquisa e atualização, 64,1% dos alunos referiram que foi utilizado várias vezes.

Tabela 11 – Utilização do material instrucional pelos alunos durante as aulas

Respostas	N	%
Foi plenamente utilizado	24	61,5
Foi parcialmente utilizado	13	33,3
Sem resposta	02	5,1
Total	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Tabela 12 – Utilização do material instrucional pelos alunos fora das aulas como fonte de pesquisa e atualização

Respostas	N	%
Foi utilizado várias vezes	25	64,1
Foi utilizado poucas vezes	11	28,2
Não foi utilizado	02	5,1
Sem resposta	01	2,6
Total	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

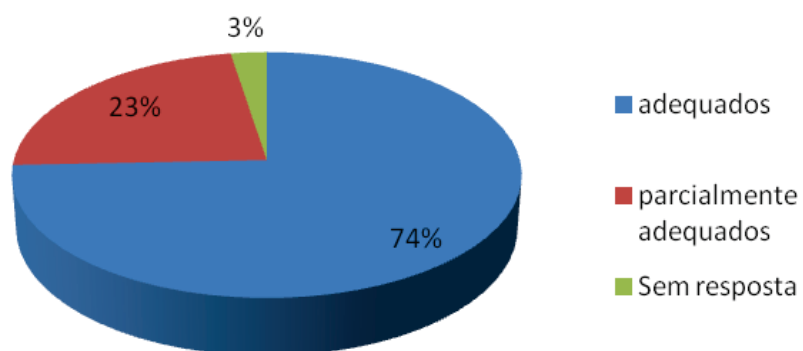
Ao solicitar aos alunos e docentes que avaliassem a adequação dos conteúdos do material, percebe-se que grande parte destes sujeitos os consideraram adequados nos dois aspectos elencados: em relação às aulas e à sua relevância quanto às necessidades de aprendizado dos profissionais. Todos os docentes apontaram os conteúdos como muito relevantes para as necessidades de aprendizado dos alunos e três deles (60%), adequados às aulas. Entre os professores que assinalaram parcialmente adequados neste mesmo quesito, as justificativas foram pela extensão dos conteúdos, demandando mais tempo para serem trabalhados e a desatualização em relação à realidade do estado, principalmente no que tange a indicadores de saúde, como referido sobre a saúde do adolescente por um dos informantes.

“O material era adequado, mas necessitaria de mais tempo para ser trabalhado.” (Docente 03)

“O material oferecido pela SES/ESP provinha do governo federal e não contemplava a realidade do estado. O material acerca de DSTs e Gravidez adolescente da SES estava desatualizado. As atualizações eram feitas pela equipe e de forma global. Os indicadores da região atendida dependiam de informação dos próprios profissionais em treinamento e isso, por vezes, não ocorria a tempo da ESP produzir documentos

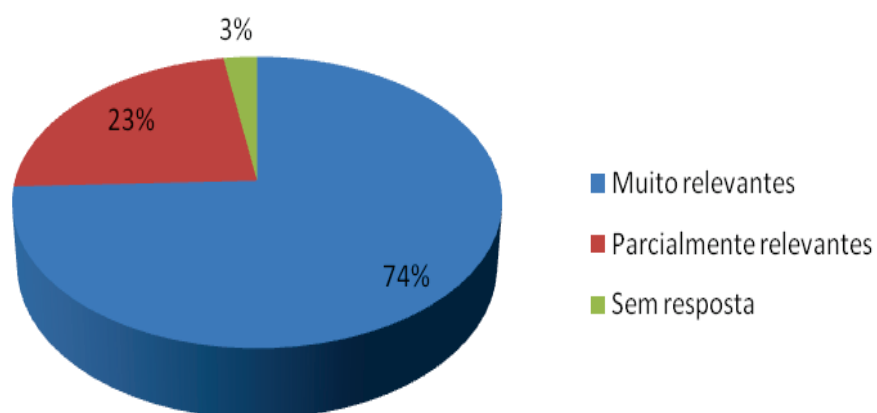
específicos.” (Docente 02)

Gráfico 3 - Avaliação dos alunos sobre os conteúdos do material instrucional quanto à sua adequação às aulas



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Gráfico 4 - Avaliação dos alunos sobre os conteúdos do material instrucional quanto à sua relevância em relação às suas necessidades de aprendizado



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Os 09 alunos que consideraram os conteúdos do material instrucional parcialmente adequados às aulas, o justificaram pela falta de utilização dos mesmos durante as aulas, por estarem os conteúdos incompletos e fora da realidade do dia-a-dia do trabalho em Saúde da Família. A mesma quantidade de alunos também assinalou que estes conteúdos foram parcialmente relevantes em relação às suas necessidades de aprendizado, basicamente pelo fato de que os conteúdos estariam focados na área médica e de enfermagem em detrimento da odontologia, seriam muito teóricos e ofereceriam pouco suporte para a prática.

Principais motivos referidos pelos alunos do CEMISF para a adequação parcial dos conteúdos do material instrucional em relação às aulas:

Idéia central	Exemplos	Frequência
Falta de utilização	“(…) os mesmos não eram utilizados e, portanto, não líamos ou trabalhávamos os mesmos.”	03
Conteúdos incompletos	“Apostilas com conteúdos incompletos (…)” “Por vezes, tive que pesquisar fora do material oferecido, principalmente durante a execução da monografia.”	02
Desarticulados da realidade do cotidiano do trabalho	“Textos muito complexos, fora da realidade no uso cotidiano (…)”	02

Principais motivos referidos pelos alunos para a adequação parcial dos conteúdos do material instrucional em relação às suas necessidades de aprendizado:

Idéia central	Exemplos	Frequência
Foco em outras áreas que não a de formação do aluno	“Acho que está muito focado p/ a área médica e de enfermagem, pouco direcionado ou englobando a odontologia.”	02
Muito teóricos	“O material não fora ‘esgotado’ no decorrer do curso, mostrando-se por demais teórico.”	02
Falta de suporte prático	“Pouco suporte para a pratica no dia-a-dia”	01

3.4.5 SUBDIMENSÃO - COORDENAÇÃO

3.4.5.1 INDICADOR – Atividade de coordenação

Neste indicador buscou-se analisar fatores relativos à forma de recrutamento dos coordenadores do curso, central e locais, a existência de incentivos ou remuneração e quais as atividades desenvolvidas por cada um destes atores no exercício desta atribuição.

A coordenação central foi definida pelo critério de indicação da instituição de ensino executora do curso. Quanto aos fatores que motivaram sua inserção na coordenação, assinalou, em escala decrescente de importância, o fato de não existir outro profissional na escola para assumir a atividade, não restando ao entrevistado, a possibilidade de optar por assumi-la ou não, o desejo de obter experiência em coordenação de cursos e a afinidade com o tema.

“(…) seria a falta de pessoal, então não tinha muita escolha também.” (Entrevistado – coordenação central)

Em relação às coordenações locais, dois dos três informantes (66, 7%) declararam terem sido escolhidos para exercer esta atividade por meio de uma indicação do Escritório Regional de Saúde. O terceiro coordenador local, frente à pergunta acerca do modo pelo qual foi escolhido para a coordenação do curso, responde não ter sido coordenador, mas apenas um apoio, evidenciando que tal papel não foi assumido efetivamente por este sujeito, o que pode ter refletido negativamente em seu desempenho e compromisso com a atividade.

“Não fui coordenadora, somente apoio da equipe da ESP.”
(Coordenador 02)

Os fatores apontados como os que mais motivaram estes atores a se inserirem na atividade de coordenação foram o fato de terem afinidade com o tema e domínio de conhecimento na área de Saúde da Família.

Quadro 04 – Fatores que motivaram os coordenadores locais a se inserirem na atividade de coordenação no CEMISF, segundo o nível de importância

Fatores de motivação	Valores atribuídos em ordem decrescente de importância (3 o que mais motivou e 1 o que menos motivou)					
	3		2		1	
	N	%	N	%	N	%
Ganho salarial	-	-	-	-	-	-
Obter experiência em coordenação de cursos	-	-	-	-	-	-
Ter domínio de conhecimento na área de Saúde da Família	01	33,3	01	33,3	-	-
Status do papel de coordenador	-	-	-	-	-	-
Para ser liberado de outras atividades	-	-	-	-	-	-
Afinidade com o tema	01	33,3	01	33,3	01	33,3
Identificação com a atividade	-	-	01	33,3	-	-
Outro	-	-	-	-	01	33,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

A especificação do outro fator motivador foi

“Solicitação de auxílio por parte da ESP.” (CL 02)

Não houve remuneração para as atividades de coordenação, tanto central quanto local, embora houvesse um montante do recurso financeiro destinado para esta função. Não existiu nem mesmo a redução da carga de atividades, no caso dos coordenadores locais, que continuaram com suas atividades tradicionais dentro do Escritório Regional de Saúde, as quais não são poucas, já que o contingente de servidores nestas unidades é reduzido. Assim, a coordenação significou uma atividade a mais a ser somada com as outras que eles já acumulavam. Isso é prejudicial à dedicação do servidor no apoio à escola e acompanhamento do processo de implementação do curso, evidenciando que os servidores dos ERS não tinham qualquer incentivo para se dedicarem a esta atividade. A escola não poderia contar sempre com esta figura e nem poderia cobrar uma atuação adequada, já que não existia uma designação formal deste trabalhador para a atividade de coordenação.

“Há uma dificuldade que, embora tenha tido apoio logístico local, foi uma coisa assim que em algumas áreas não foi fácil de se estabelecer essa pessoa, porque nos regionais não tinha profissionais que queriam se envolver diretamente com a especialização, porque realmente exige muito da pessoa, dá muito trabalho e era uma atividade a mais, tendo em vista que não havia remuneração pra essas pessoas que estavam em qualquer área de coordenação do curso.” (Entrevistado – coordenação central)

“Uma coisa que é interessante falar é que assim, mesmo tendo dentro do próprio projeto, um valor destinado à coordenação do curso (...) tinha um recurso pra coordenador, que no caso, por exemplo, eu como coordenadora poderia estar recebendo esse recurso, esse recurso foi destinado pra atender outras necessidades. Não foi pra pagar o coordenador.” (Entrevistado – coordenação central)

“Tendo em vista que, na teoria, o horário que eu no caso como coordenadora desempenhava a função seria meu horário de trabalho, então não poderia receber, sendo que na prática, excedia como até eu falei. Mas... Ficou sem remuneração; tendo a remuneração, mas ela sendo destinada pra custear outras coisas como, por exemplo, mais uma outra secretária pra ajudar na parte operacional do curso.” (Entrevistado – coordenação central)

De modo geral, as atividades desenvolvidas pelos coordenadores locais constituíram-se em viabilizar infraestrutura, providenciando o agendamento de salas para a realização das aulas quando necessário e comunicar aos alunos e à gestão municipal informações pertinentes ao curso, agindo como interlocutores da escola com estes atores.

“Agenda de salas, contato c/ SMS e cursistas informando data e local de realização.” (CL02)

“Contato da ESP com os discentes, viabilização de estrutura física e materiais, agendamento das aulas com consonância com a ESP, tentar resolver problemas administrativos agindo como interlocutora.” (CL03)

“Realizava o contato via ofício e telefone com os discentes, organização do local para o evento, contato direto com os discentes para o agendamento das atividades, bem como solucionar algumas dúvidas quanto à organização e participação nos cursos.” (CL01)

Já as atividades da coordenação central eram mais abrangentes, indo desde o planejamento da execução do curso até sua avaliação. Coube ainda à coordenação central a seleção dos professores, alunos, solicitações de compras, pagamentos de diárias, horas-aula, locação de infraestrutura, elaboração dos relatórios de acompanhamento (físico e financeiro) exigidos pelo Ministério da Saúde, além do acompanhamento financeiro do convênio. Também foi este ator que organizou todo o material didático, digitalizando e reunindo os textos antes xerocados de matrizes já pouco legíveis, em apostilas por disciplina.

“Olha foi assim desde a questão do planejamento, de avaliar as disciplinas que seriam oferecidas e dentro das disciplinas a questão da ementa, a questão de carga horária, de professor, quem seriam os professores e depois também o processo seletivo desses professores, o processo seletivo dos alunos... Na questão do dia-a-dia mesmo do desenvolvimento do curso, eram coisas bastante operacionais mesmo. Seria a questão de transporte, de diárias pra professores... Locação de local, de equipamentos de multimídia... Tudo que envolveria mais a parte operacional mesmo de cada disciplina. E a questão também de pagamento de professores. Outra coisa muito importante também era com relação ao acompanhamento do curso com relação ao que havia sido mandado para o Ministério da Saúde(...) Então tinha relatórios que eram periódicos, que deveriam ser mandados também, esse acompanhamento físico e financeiro da questão do dinheiro que estava disponível... A questão do quanto dinheiro que ainda tinha, o quê que poderia gastar em determinada

rubrica... Essas coisas assim muito técnicas de acompanhamento mesmo por parte da coordenação.” (CC – Coordenador central)

“Você fez inclusive o acompanhamento financeiro?”
(Entrevistadora)

“Sim.” (CC)

3.4.5.2 INDICADOR – Disponibilidade e compromisso

Para análise da disponibilidade, utilizamos como critérios os aspectos referentes à carga horária semanal dedicada à coordenação do curso, o número de coordenadores por turma e a ocorrência de liberação de outras atividades corriqueiramente desenvolvidas pelos coordenadores nos ERS, para que ficassem disponíveis para a atividade em questão.

Todos os coordenadores locais afirmaram não haver uma carga horária semanal específica para esta função e que esta dependia da necessidade e que não foram liberados de outras atividades que exerciam nos Escritórios Regionais, acumulando as tarefas da coordenação com as que já realizavam no dia-a-dia (Gráfico 5).

“Não havia carga horária. Conforme a necessidade.”
(Coordenador local 01)

ou

“Não havia carga horária específica, era definida conforme necessidade.” (Coordenador local 03)

No caso da coordenação central, a dedicação à atividade foi integral, tendo o mesmo participado de todo o processo de execução do curso, inclusive na concepção do projeto. A carga horária semanal despendida para tal, segundo a informante, por vezes ultrapassava, em muitas horas, sua carga horária de trabalho na escola que era de 30 horas semanais. A mesma também afirmou que as atividades de coordenação eram sua prioridade.

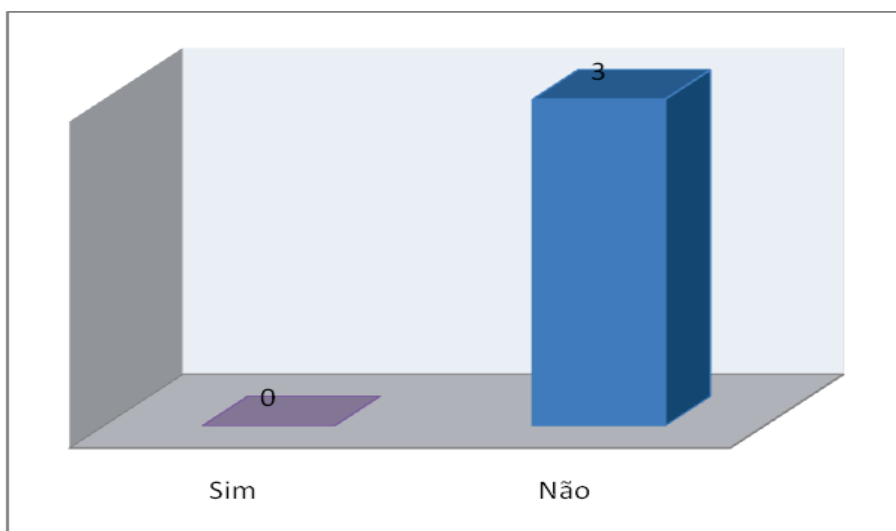
“(...) Eram 30 horas e mais às vezes o final de semana. Então, assim, o mínimo 30 horas (...) e quando chegava os cursos de final de semana, seriam mais o que? 40? Quanto que dá? Se deslocava e quando não se deslocava tinha a parte do ônus... Assim, é aluno, é professor que te liga final de semana, te liga à noite... Então assim, fica sempre à disposição. Até porque a comunicação com eles também era o quê? Era internet, então tudo isso, às vezes você vai usar sua internet aí já tem um

assunto do trabalho e você acaba fazendo. Mas aí é só somar aqui mais dois dias de final de semana integral... Mais quarenta e oito horas (dois dias dá quarenta e oito horas?) Com trinta?...” (Coordenador central)

“Umas setenta e oito horas?” (Entrevistadora)

“Isso!” (Coordenador central)

Gráfico 5 – Existência de liberação de outras atividades que os coordenadores locais desenvolviam no ERS quando assumiu a atividade de coordenação do CEMISF



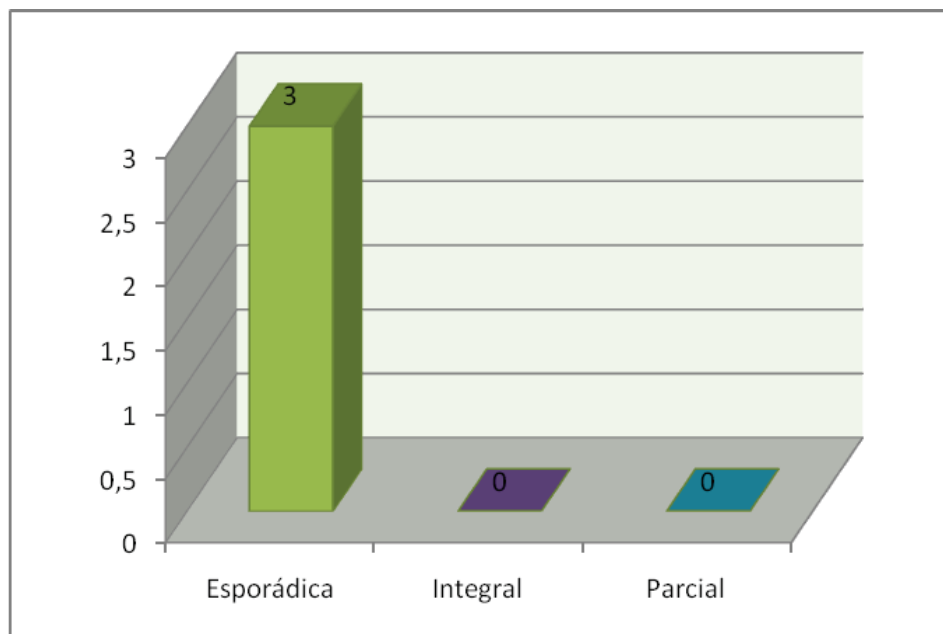
Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Assim, observa-se que os coordenadores locais não tinham total disponibilidade para exercer esta atividade, já que apontaram dedicar-se esporadicamente ao curso (Gráfico 6), provavelmente pelo acúmulo de tarefas, visto que continuaram realizando as funções que normalmente exercem no dia-a-dia dos ERS. Isto refletiu negativamente na atuação de alguns destes atores no processo de implementação do curso, como ilustrado na fala do coordenador central quando este foi inquirido sobre como classificaria a participação dos mesmos no CEMISF:

“Eu poderia classificar como boa. Só que assim, teve locais que foram melhores e teve locais assim que deixou muito a desejar. (...) Então, eu acho assim que a atuação deles só não foi melhor porque praticamente foi uma coisa... uma demanda que eles tiveram que atender, mas que eles não participaram antes desse processo de discussão. Então, tudo assim que é muito verticalizado é mais difícil de ter aceitação, de ter envolvimento das pessoas. Essas coisas eu acho que, se tiver a participação, na elaboração, o envolvimento de todos, todo mundo se empenha

um pouco mais e acredito que o resultado é melhor.”
(Coordenador central)

Gráfico 6 – Nível de dedicação dos coordenadores locais à atividade de coordenação do CEMISF



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Em relação ao número de coordenadores por turma, cada coordenador local apoiava a coordenação central da ESPMT na execução da turma que estava sendo implementada em sua regional. Todavia, o coordenador central entrevistado afirmou ter ficado responsável pela condução de três das quatro turmas realizadas e, segundo ele, ainda auxiliava em outra que estava sendo finalizada em Cuiabá.

“Você coordenava quantas turmas?” (Entrevistadora)

“Eu acho que poderia considerar aí, três e meia, duas fixas e uma que eu peguei depois, além do suporte do CEMISF anterior que eu comentei.” (CC)

3.4.5.3 INDICADOR – Adequação

Este indicador envolveu a análise do perfil profissional dos coordenadores e seu relacionamento com a escola, alunos e professores, bem como a opinião destes últimos sobre a atuação dos coordenadores durante o curso.

Verificou-se que o grupo de coordenadores que participou da pesquisa é formado por mulheres (100%) que tem em média 44 anos de idade, sendo que uma delas (25%) está

na faixa etária de 30 a 40 anos e as outras três (75%) na faixa de 41 a 50 anos, demonstrando a predominância de pessoas maduras e provavelmente experientes em sua trajetória profissional. Metade delas é formada em Enfermagem e as outras em Serviço social e Pedagogia. A maioria possui pós-graduação em nível de especialização (75%) nas áreas de Saúde Pública e Planejamento Educacional.

Uma delas possui Aperfeiçoamento em Saúde da Família, com carga horária de 360 horas. Apenas uma delas relatou não ter sido capacitada na área específica de Saúde da Família ou Saúde Pública/Coletiva, sendo que as outras (75%) tinham feito o curso Introdutório em Saúde da Família, com 40 horas de duração e o aperfeiçoamento já mencionado. Metade também referiu ter experiência em supervisão do Programa de Saúde da Família (PSF), mas nenhuma delas tinha experiência em coordenação de cursos quando exerceu esta atividade no CEMISF.

Quadro Resumo 01 - Perfil Geral dos Coordenadores do CEMISF

INDICADORES	DESCRIÇÃO	(%)
Sexo	Feminino	100
Idade	30 a 40 anos	25
	41 a 50 anos	75
Nível de escolaridade	Ensino Superior Completo	25
	Pós-Graduação	75
Formação profissional	Enfermeiro	50
	Assistente Social	25
	Pedagogo	25
Qualificação profissional	Especialização	75
	Aperfeiçoamento	25
Especialização em quê?	Saúde Pública	50
	Planejamento Educacional	25
Aperfeiçoamento em quê?	Saúde da Família	25
Realizou processo de capacitação na área específica de Saúde da Família ou Saúde Coletiva/Pública?	Sim	75
	Não	25
Qual?	Introdutório em Saúde da Família (40 h)	50
	Aperfeiçoamento em SF (360 h)	25
Possuía experiência de atuação prévia em Saúde da Família?	Sim	50
	Não	50
Em quê?	Supervisão de PSF	50
Possuía experiência na coordenação de outros cursos?	Não	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Mesmo com a presença de fatores de não incentivo à atividade de coordenação, pela ausência de remuneração e liberação dos profissionais das coordenações locais de outras atividades para terem disponibilidade para esta tarefa, a maioria dos alunos e docentes

pesquisados teve uma visão positiva da atuação dos coordenadores locais. Contudo, deve-se levar em consideração que um percentual considerável de alunos (30,8%) percebeu falhas nesta atuação, especialmente pela desinformação, falha na comunicação com a escola, omissão e indiferença dos coordenadores em relação ao curso. Alguns dos alunos relataram não se lembrarem quem foi a pessoa que exercia esta atividade em sua turma.

Opiniões dos alunos do CEMISF sobre a atuação dos coordenadores locais:

Idéia central	Componentes	Exemplos	Freq.	%
Opinião positiva	Excelente	“Adequado, em todos os módulos os servidores do ERS estavam presentes nos proporcionando total apoio.”	25	64,1
	Adequado			
	Muito Bom	“Excelente (...)”		
	Apoio e incentivo à realização do curso	“A atuação do escritório regional foi positiva devido apoio e incentivo a realização do curso.”		
	Disposição	“Muito boa, a pessoa sempre estava disposta a ajudar no que precisávamos de forma bastante ética e profissional.”		
	Presença			
	Ética	“Muito boa. Sempre que solicitado, superou as expectativas.”		
	Dinamismo			
	Participação	“Servidores dinâmicos, participativos e comprometidos com os alunos.”		
	Comprometido	“Sempre esteve atenta e pronta para resolver os problemas e dificuldades (...)”		
Atento				
Opinião negativa	Solícito	“Foi sempre solícito.”	12	30,8
	Desinformado	“Estava sempre desinformado. Não fui avisada da data da entrega da monografia.”		
	Omisso	“(...) omissa no que refere-se ao desenvolvimento da monografia.”		
	Indiferente	“O escritório mostrou-se indiferente, não tínhamos contato, apoio, referências. Dirigíamos diretamente à Cuiabá.”		
		Comunicação falha com a ESPMT		

Não reconhecido ESPMT para um melhor repasse de informações para os alunos.”

“Não lembro quem é esse servidor.”

Respostas em branco	02	5,1
Total	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Entre os quatro docentes que responderam à mesma indagação, as opiniões foram todas positivas, conforme apresenta alguns dos discursos apreendidos:

“Em todos os ERS onde ministrei disciplina, os servidores estiveram presentes durante todo o tempo (normalmente, também faziam o curso e estavam presentes). Todas as necessidades eram percebidas e as dificuldades sanadas, à medida do possível.” (Docente 03)

“Adequado no sentido de criar espaço para que o trabalho acontecesse da melhor forma preparando a infra-estrutura necessária.(...)” (Docente 02)

“Receptíveis e disponíveis nas atividades de assistência à realização do curso.” (Docente 01)

A atuação do coordenador central em relação aos aspectos de relacionamento interpessoal, capacidade de resolver problemas, apoio às atividades docentes, apoio aos alunos e perfil para a atividade de coordenação, foi considerada adequada pela maioria dos alunos e professores pesquisados (Tabelas 12 e 13).

Tabela 13 – Opinião dos alunos quanto à atuação do coordenador central do CEMISF

Aspectos	Adequado		Parcialm. adequado		Inadeq.		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Relacionamento interpessoal	24	61,5	09	23,1	02	5,1	04	10,3	39	100
Capacidade de resolver problemas	24	61,5	08	20,5	04	10,3	03	7,7	39	100
Apoio às atividades docentes	25	64,1	07	17,9	01	2,6	06	15,4	39	100
Apoio aos alunos	23	59,0	09	23,1	04	10,3	03	7,7	39	100
Perfil para a atividade de coordenação	24	61,5	08	20,5	04	10,3	03	7,7	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Tabela 14 – Opinião dos docentes quanto à atuação do coordenador central do CEMISF

Aspectos	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Relacionamento interpessoal	4	80	-	-	-	-	01	20	05	100
Capacidade de resolver problemas	4	80	-	-	-	-	01	20	05	100
Apoio às atividades docentes	4	80	-	-	-	-	01	20	05	100
Apoio aos alunos	4	80	-	-	-	-	01	20	05	100
Perfil para a atividade de coordenação	4	80	-	-	-	-	01	20	05	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

3.4.6 SUBDIMENSÃO - DOCENTES

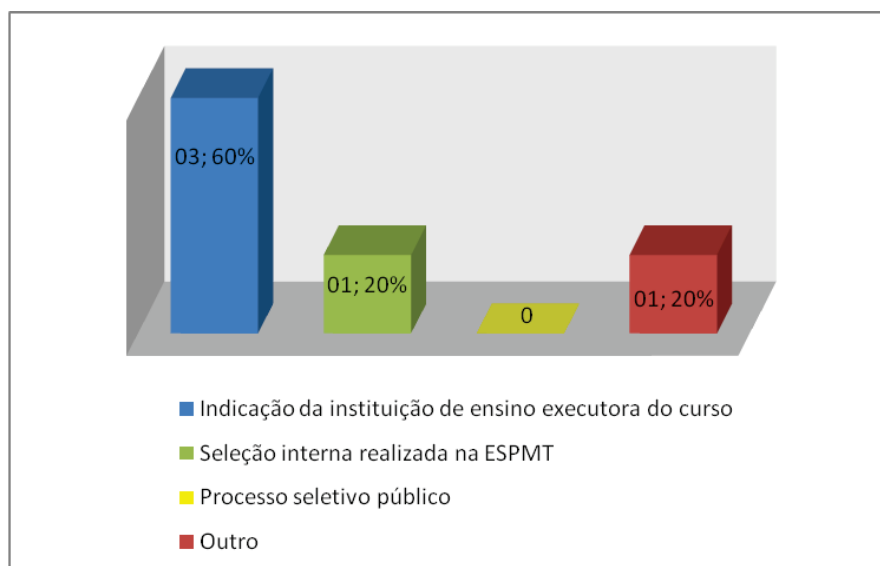
3.4.6.1 INDICADOR – Formas de inserção

Segundo a coordenação central do CEMISF, os docentes foram escolhidos por meio de um processo seletivo aberto ao público em geral e os critérios adotados nesta seleção foram: ser docente da instituição de ensino responsável pelo curso, ser docente de uma instituição de ensino superior, ter experiência de trabalho em Saúde da Família, docência nas áreas de Saúde Pública/Coletiva; ter expertise em área específica, ser trabalhador da rede de serviços de saúde que atue na Estratégia Saúde da Família e ter disponibilidade de carga horária.

No entanto, entre os docentes que responderam à pesquisa, a maioria (03; 60%) assinalou ter sido escolhido para esta atividade por meio de uma indicação da instituição de ensino executora do curso, no caso, a ESPMT. Nenhum dos pesquisados apontou a alternativa referente a ter participado de um processo seletivo público (Gráfico 7), sendo que um dos informantes considerou ainda, ter sido inserido na atividade docente por já ter atuado na coordenação e seleção de docentes em outras turmas realizadas:

“Eu coordenava esta atividade no Estado assim como a seleção dos docentes.” (Docente 04)

Gráfico 7 – Modos pelos quais foram escolhidos para a docência no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, segundo os docentes pesquisados



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

O fator que mais motivou os professores pesquisados a se inserirem na atividade docente no CEMISF, assinalado por 80% dos respondentes como nível 2 de motivação (médio), foi o fato de ter domínio de conhecimento na área de Saúde da Família.

Quadro 05 – Fatores que motivaram os professores pesquisados a se inserirem na atividade docente no CEMISF, segundo o nível de importância

Fatores de motivação	Valores atribuídos em ordem decrescente (3 o que mais motivou e 1 o que menos motivou)					
	3		2		1	
	N	%	N	%	N	%
Ganho salarial	-	-	-	-	01	20,0
Já ter experiência em docência	01	20,0	-	-	01	20,0
Obter experiência em docência	01	20,0	-	-	-	-
Ter domínio de conhecimento na área de Saúde da Família	-	-	04	80,0	-	-
Status do papel de docente	-	-	-	-	-	-
Para ser liberado de outras atividades	-	-	-	-	-	-
Afinidade com o tema	01	20,0	-	-	02	40,0
Identificação com a atividade	01	20,0	-	-	-	-
Outro	-	-	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

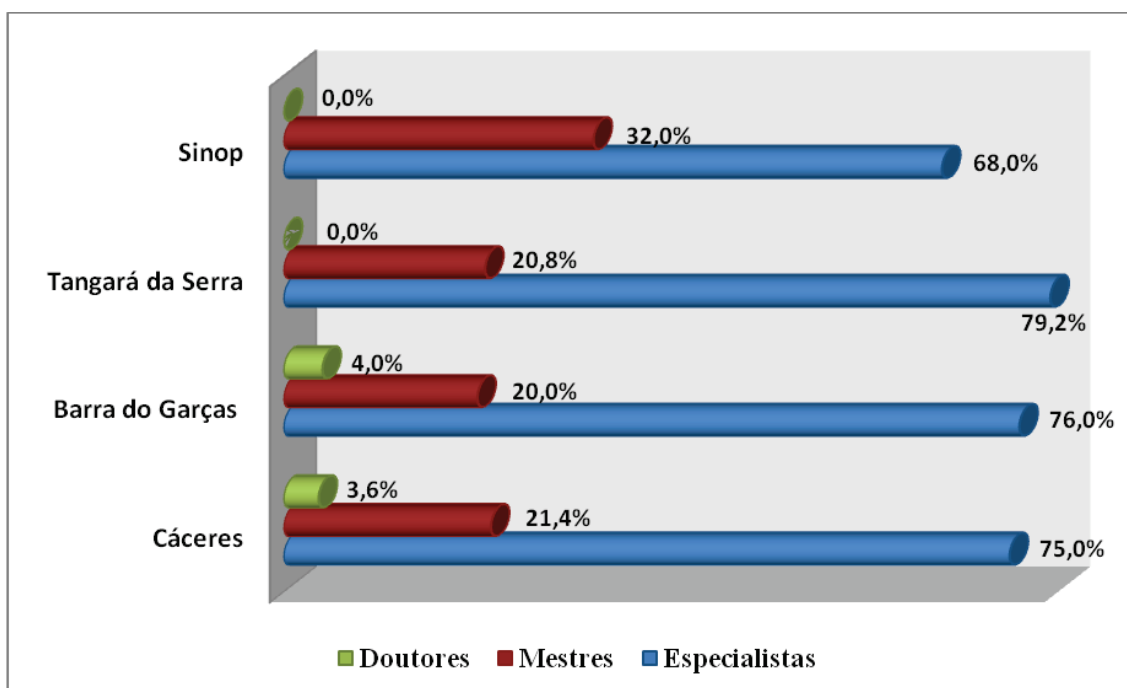
3.4.6.2 INDICADOR – Adequação

No quesito *adequação*, buscou-se analisar critérios como o percentual de mestres e doutores que compuseram o corpo docente do curso, a experiência dos docentes na área

específica (Saúde da Família), a presença de vínculos destes com a instituição executora do curso, seu conhecimento acerca da metodologia eleita e do Projeto Político Pedagógico da escola, o relacionamento com os alunos e o desempenho dos docentes na opinião dos alunos.

Em relação à máxima titulação dos professores que fizeram parte do corpo docente do CEMISF, verifica-se que a grande maioria possuía somente o título de especialista. Na turma de Cáceres, 21 dos 28 professores (75,0%) eram especialistas, contra 06 mestres (21,4%) e apenas 01 doutor (3,6%). Em Barra do Garças, 76% dos 25 professores eram especialistas, enquanto apenas 05 (20%) tinham mestrado e 01 (4%) doutorado. A turma de Tangará da Serra contou com 19 especialistas e 05 mestres e Sinop com 17 especialistas e 08 mestres. O gráfico a seguir apresenta a distribuição dos docentes por titulação em cada turma avaliada.

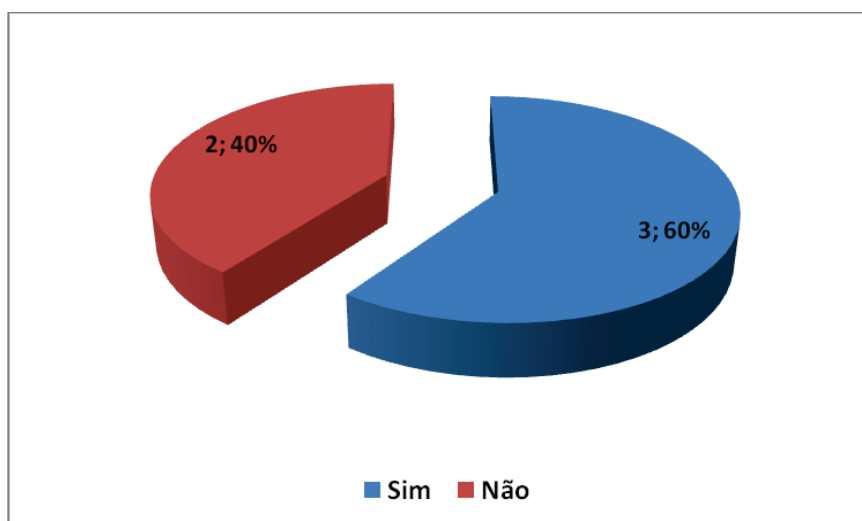
Gráfico 8 - Distribuição por turma dos docentes do CEMISF segundo a máxima titulação



Fonte: Documentos do curso, ESPMT (2005).

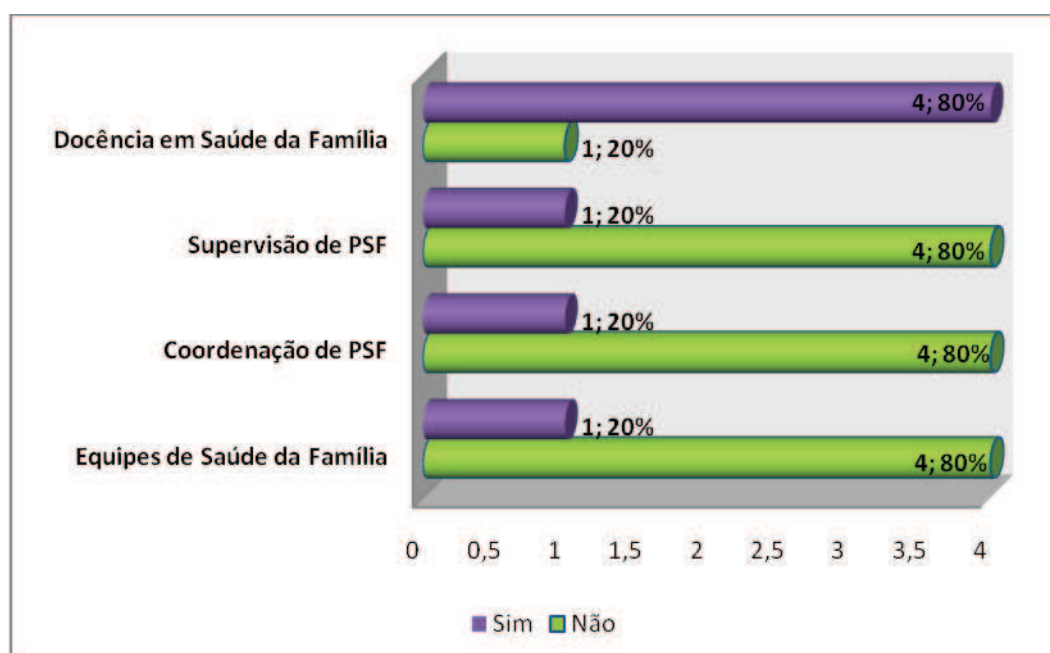
A maior parte dos docentes que participaram da pesquisa (60%) afirmou possuir experiência prévia na área específica relacionada ao curso (Saúde da Família), todavia esta experiência estava centrada na docência neste campo e não na atuação direta dos professores em Equipes de Saúde da Família (Gráfico 10).

Gráfico 9 – Experiência de atuação prévia em Saúde da Família entre os docentes do CEMISF pesquisados



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Gráfico 10 – Tipos de experiência prévia dos docentes pesquisados no campo da Saúde da Família



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Em resposta à questão que solicitou a identificação da metodologia adotada no CEMISF, grande parte dos professores pesquisados (80%) mencionou ser a da problematização, sendo que todos ainda afirmaram dominar esta metodologia. É interessante observar que a declaração de um dos informantes aponta a percepção de que a metodologia ainda passava por um processo de desenvolvimento e apropriação por parte dos professores

“O método que estávamos buscando trabalhar, mas que ainda não estava perfeito era da problematização. Buscava-se trabalhar com abordagem participativa, mas a metodologia e recursos didáticos variavam em função do módulo.” (D 04)

“De modo geral procurava-se adotar uma metodologia problematizadora.” (D 05)

A maioria também afirmou conhecer o Plano Político Pedagógico da ESPMT e o plano de curso ao iniciar sua atividade como docente no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família.

Quadro 06 – Conhecimento dos docentes em relação ao PPP da ESPMT e ao plano de curso

Conheciam o PPP da ESPMT	N	%	Conheciam o Plano de curso do CEMISF		
				N	%
Sim	04	80,0	Sim	04	80,0
Não	01	20,0	Não	01	20,0
Total	05	100,0	Total	05	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

No que diz respeito aos vínculos empregatícios, apenas um dos pesquisados informou ter vínculo com a ESPMT na época de implementação do curso. Um deles declarou ser funcionário de um município do estado e atuar como colaborador da referida escola. Dois afirmaram ter vínculo efetivo com a SESMT e dois com a UFMT. Dois também tinham vínculo com uma universidade privada.

“Servidor efetivo da SES-MT e professor da Universidade de Cuiabá (UNIC)” (D 01)

“Com a SES.” (D 03)

“Era professora da Universidade do Estado de Mato Grosso cedida à Escola de Saúde Pública para coordenar o Pólo de Capacitação em saúde da Família e o Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde.” (D 04)

“Médico concursado do município de Chapada do Guimaraes-MT Professor contratado da UNIC – Universidade de Cuiabá, e colaborador da ESP-MT.” (D 05)

“Profissional liberal e professora da UFMT.” (D 02)

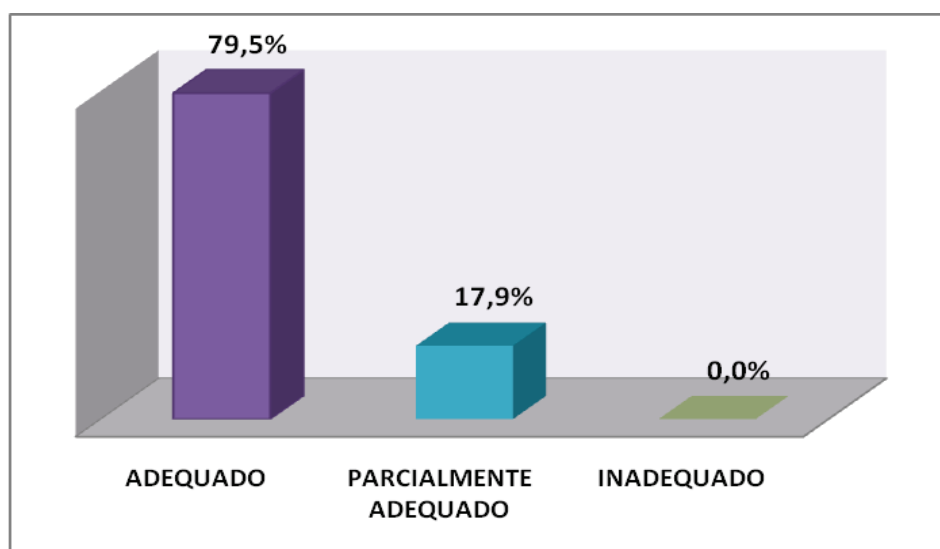
O desempenho dos professores foi considerado adequado pela maioria dos alunos que participaram da pesquisa (79,5%). Entre os sete alunos que julgaram este desempenho

parcialmente adequado (17,9%), os motivos referidos foram a falha do professor no aspecto metodológico, fuga do tema principal, falta de empatia com os alunos e o fato de alguns não comparecerem às aulas sem comunicação prévia aos alunos, conforme exposto a seguir.

Principais motivos referidos pelos alunos do CEMISF para a adequação parcial do desempenho dos docentes

Idéia central	Exemplos	Frequência
Falha no aspecto metodológico	“Alguns professores não tinham uma boa metodologia.” “Um ou outro(!) com pouca habilidade p/ ministrar as aulas.”	03
Fuga do tema	“Alguns professores realmente estavam interessados e focados na estratégia PSF, outros introduziam aulas ministradas p/ cursos em geral e o ideal é que todos os temas fossem voltados para o programa.”	02
Falta de empatia	“Alguns professores não conseguiram atingir seus objetivos. Problema c/ empatia c/ os alunos.”	01
Não comparecimento às aulas	“Houve alguns professores que desmarcaram as aulas depois que todos os alunos já estavam no município do curso.”	01

Gráfico 11 – Opinião dos alunos acerca do desempenho dos professores



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

3.4.7 SUBDIMENSÃO - INFRAESTRUTURA

No que diz respeito à infraestrutura do curso, buscou-se analisar os indicadores de adequação, disponibilidade e agilidade na certificação dos alunos egressos.

3.4.7.1 INDICADOR – Adequação

Em relação à adequação, procurou-se apreender as opiniões de alunos e docentes acerca de aspectos referentes às salas de aula, recursos audiovisuais e os locais utilizados nas aulas práticas.

Observa-se que, de modo geral, as salas de aula foram consideradas adequadas pelos alunos no tocante aos aspectos de iluminação (79,5%), clima ou temperatura (76,9%) e acústica (71,8%). Contudo, em relação às carteiras/cadeiras e ao tamanho das salas houve um percentual considerável de alunos que apontaram a adequação parcial e inadequação destes aspectos (Tabela 15).

Tabela 15 - Opinião dos alunos quanto à adequação de aspectos relacionados às salas de aula utilizadas na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família

Aspectos relacionados às salas de aula	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Iluminação/luminosidade	31	79,5	07	17,9	-	-	01	2,6	39	100
Acústica	28	71,8	10	25,6	-	-	01	2,6	39	100
Carteiras/cadeiras	21	53,8	14	35,9	03	7,7	01	2,6	39	100
Clima/ temperatura	30	76,9	06	15,4	02	5,1	01	2,6	39	100
Tamanho	27	69,2	09	23,1	02	5,1	01	2,6	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Quanto aos recursos audiovisuais, houve uma boa avaliação por parte dos alunos, já que a maioria considerou adequados projetor multimídia, computadores e microfones. Os locais onde ocorreram as aulas práticas também foram adequados para grande parte dos alunos.

Tabela 16 - Opinião dos alunos quanto à adequação dos recursos audiovisuais utilizados na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família

Aspectos	Adequado		Parcialm. adequado		Inadequado		Não se Aplica (recurso não foi utilizado)		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Projetor multimídia (datashow)	31	79,5	06	15,4	-	-	-	-	02	5,1	39	100

Computador	29	74,4	06	15,4	-	-	03	7,7	01	2,6	39	100
Microfones	24	61,5	06	15,4	-	-	08	20,5	01	2,6	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Tabela 17 - Opinião dos alunos quanto à adequação dos locais utilizados para aulas práticas no Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família

Aspectos relacionados às Salas de aula	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acolhimento da equipe local	31	79,5	04	10,3	02	5,1	02	5,1	39	100
Relação com o tema trabalhado	34	87,2	02	5,1	01	2,6	02	5,1	39	100
Capacidade para receber a quantidade de alunos planejada	27	69,2	06	15,4	04	10,3	02	5,1	39	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Ao serem indagados sobre os motivos que os levaram a considerar parcialmente adequados ou inadequados os aspectos referentes às salas de aula e recursos audiovisuais, os alunos pesquisados relataram, principalmente, a ocorrência de falhas e falta de equipamentos (computadores, *data show*), que esteve presente como idéia central em 46,6% das respostas destes sujeitos. Outros motivos apontados foram a falta de um local fixo e com estrutura própria para a realização das aulas, já que estas teriam acontecido em locais improvisados, adaptados (como hotéis) e que esses locais foram diversos. Consideraram ainda o desconforto das cadeiras ou carteiras disponíveis e as salas apertadas.

Principais motivos relatados pelos alunos do CEMISF para a adequação parcial ou inadequação das salas de aula e recursos audiovisuais

Idéias centrais	Exemplos	Freq.	%
Falta e falta de equipamentos	“Em aulas de pesquisas na internet, faltou computadores para os alunos. Por vezes improvisamos usando os computadores do Pólo Regional.”	07	46,6
	“Algumas vezes tinha algumas falhas nos equipamentos e eles demoravam para serem instalados perdendo muito tempo da aula.(...)”		
Falta de local fixo com estrutura para cursos	“Em vários módulos teve que ser utilizado computador dos colegas, assim como data show.”	05	33,3
	“A maior parte do curso foi administrado em hotel, estava parcialmente adaptado para o curso (Turbo hotel em Cáceres).”		
	“O curso foi transferido de local e o espaço foi		

	improvisado.”		
	“No decorrer do curso não tínhamos um local fixo para as aulas, por isso em algumas poucas situações tivemos locais de aula que não ofereciam as condições ideais. (...)”		
	“(...) Tivemos aulas em vários lugares diferentes. Auditório de dois hotéis, Ceprotec, UFMT.”		
Desconforto das cadeiras/carteiras	“Carteiras/cadeiras inadequadas: No início as aulas eram no próprio Escritório e, apesar do espaço físico ser inadequado, as carteiras/cadeiras eram adequadas. Depois as aulas mudaram para o “Turbo Hotel”, onde o anfiteatro tinha um bom espaço, apesar dos “ácaros” que incomodavam os alérgicos. Mas as cadeiras não tinham nenhum apoio para o material/escrita, o que dificultava bastante.”	04	26,6
	“...as cadeiras eram desconfortáveis e duras.”		
Salas apertadas	“Sala um pouco apertada.”	01	6,6
Total de respostas		15	100

Os locais utilizados para as aulas práticas, também foram apontados como adequados por boa parte dos alunos. Vale destacar que, no que se referiu à capacidade destes locais em receber a quantidade de alunos planejada para aula, mais de 25% dos alunos julgaram ter sido parcialmente adequado ou inadequado, especialmente pelo fato das unidades de saúde disporem de espaços físicos reduzidos e a falta de dimensionamento dos alunos, pois as aulas aconteciam com uma quantidade grande de participantes, dificultando o aprendizado.

Principais motivos relatados pelos alunos do CEMISF para a adequação parcial ou inadequação dos locais utilizados para as aulas práticas

Idéias centrais	Exemplos	Freq.	%
Espaço físico reduzido	“Algumas unidades de saúde eram muito pequenas, principalmente no AIDPI.” “UBS pequena para a quantidade de alunos e funcionários para realização das atividades.”	05	38,4
Falta de dimensionamento dos alunos	“Em relação à quantidade de alunos, a turma era grande o que às vezes parecia dispersar a proposta de trabalho. (...)” “No estágio de AIDPI ficamos em muitos alunos nas salas de atendimento, o que a meu ver foi inadequado, pois não permitiu uma prática satisfatória para todos os alunos.”	03	23,1

Total de respostas

13 100

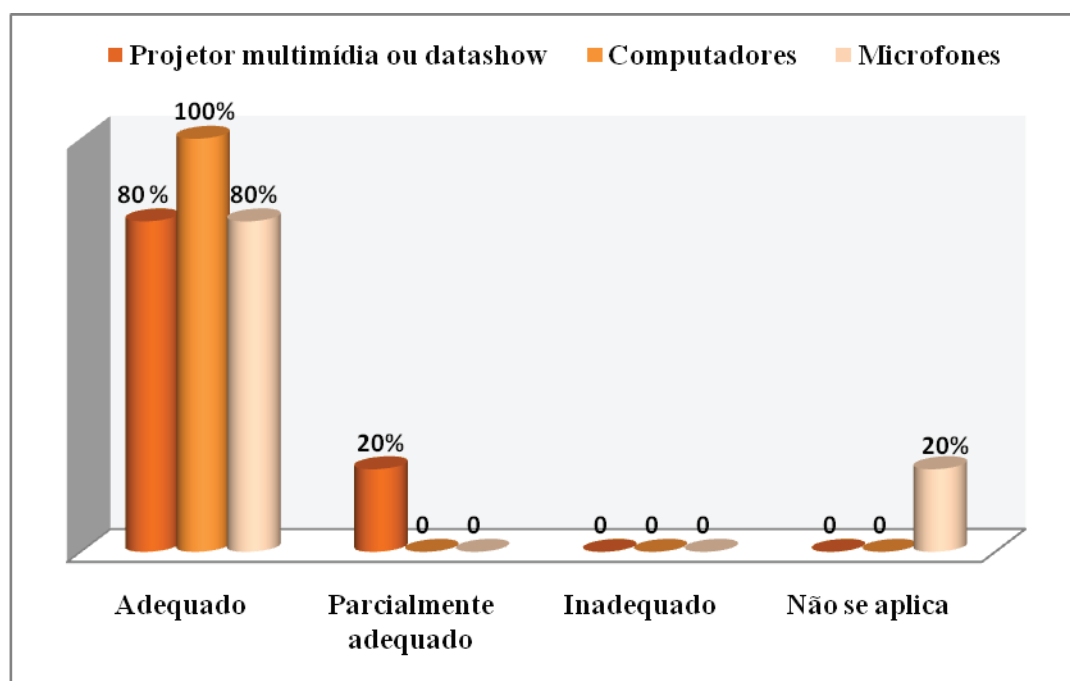
Na opinião dos docentes a infraestrutura, de modo geral, também foi apontada como adequada, de acordo com o que se apresenta nas tabelas e gráfico a seguir.

Tabela 18 - Opinião dos docentes quanto à adequação de aspectos relacionados às salas de aula utilizadas na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família

Aspectos relacionados às salas de aula	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Iluminação/luminosidade	05	100	-	-	-	-	05	100
Acústica	05	100	-	-	-	-	05	100
Carteiras/cadeiras	05	100	-	-	-	-	05	100
Clima/ temperatura	04	80	01	20	-	-	05	100
Tamanho	02	40	03	60	-	-	05	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Gráfico 12 - Opinião dos docentes quanto à adequação dos recursos audiovisuais utilizados na implementação do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Tabela 19 - Opinião dos docentes quanto à adequação dos locais utilizados para aulas práticas no CEMISF

Aspectos	Adequado		Parcialmente adequado		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Capacidade para receber a quantidade de alunos planejada	02	40	01	20	02	40	05	100
Acolhimento da equipe local	03	60	-	-	02	40	05	100
Relação com o tema trabalhado	03	60	-	-	02	40	05	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Aqueles que a consideraram parcialmente adequada o justificaram também pelas falhas nos recursos audiovisuais e pelo tamanho reduzido das salas:

“Dei aula em vários municípios. Em alguns deles, o recurso multimídia apresentava dificuldades de funcionamento.” (D 03)

“Quanto ao tamanho das salas, algumas poderiam ser maiores.” (D 01)

3.4.7.2 INDICADOR – Disponibilidade

Neste indicador buscou-se verificar a disponibilidade de acervo bibliográfico para os alunos nas regionais, uma vez que esta se configura em uma das exigências do Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso para a aprovação da realização de cursos fora da sede da instituição de ensino. Outros aspectos considerados foram a existência de apoio logístico e administrativo nos locais de realização das turmas e a agilidade na disponibilização dos certificados aos alunos.

Ao serem indagados sobre a existência de apoio logístico e administrativo local para o curso e se os alunos contavam com um acervo bibliográfico (biblioteca) também localmente, todos os coordenadores locais pesquisados responderam não haver nem um nem outro. Já a coordenação central afirmou que cada turma contava com apoio administrativo e logístico nos municípios de realização.

No tocante à certificação, percebe-se que não houve agilidade no processo, uma vez que, de acordo com a maioria das respostas dos alunos pesquisados, o tempo decorrido entre o término do curso e a disponibilização dos certificados foi superior a um ano e vários declararam ainda não ter recebido o certificado. A coordenação central não soube dar informações sobre o assunto.

Tempo decorrido entre o término do curso e a disponibilização do certificado de acordo com os alunos

Idéias centrais	Exemplos	Freq.	%
De 1 ano a menos de 2 anos	“Após 1 ano e 5 meses.”	07	20,6
	“Aproximadamente 1 ano a 1 ano e meio.”		
	“Mais ou menos depois de 1 ano e meio aproximadamente.”		
Ainda não receberam	“Até o momento não recebi nenhum certificado.”	07	20,6
	“Até hoje não tenho nenhum certificado dos módulos.”		
2 anos	“O curso terminou em 2006. A monografia foi apresentada em julho. Certificado em 2008.”	04	11,7
	“Demorou muito. 25 meses. Saiu porque liguei muito para a Vanessa.”		
3 anos	“Três anos.”	03	8,8
Demorado	“Não me lembro, mas demorou bastante.”	02	5,9
Total de respostas		34	100,0

3.4.8 SUBDIMENSÃO - COLEGIADOS DE CURSO

O projeto do curso não traz qualquer informação referente às instâncias colegiadas. Segundo a coordenação central, as turmas do CEMISF em questão contavam com um colegiado que não era específico para elas, mas aproveitou-se a existência de um que já havia sido instituído para outras turmas do mesmo curso iniciadas anteriormente, com sede em Cuiabá.

“Olha, não teve um colegiado específico pra esses cursos. Só que como ele era uma segunda capacitação do curso anterior, do outro CEMISF anterior, é... Muitas coisas que a gente discutia nesse colegiado do outro CEMISF acabou, assim, servindo para esse CEMISF dessas quatro turmas. Mas pra essas quatro turmas, especificamente pra elas, não teve esse colegiado.” (CC)

O mesmo era composto pelos servidores da ESPMT que atuavam como coordenadores centrais de cada turma realizada em Cuiabá, que eram duas, mais a coordenação das quatro turmas descentralizadas (unidades de análise deste estudo). Como as turmas sediadas em Cuiabá aconteciam em parceria com a UFMT, a coordenação era dividida com uma pessoa desta universidade e este também fazia parte do colegiado. Havia também um representante discente, que fazia o curso na turma de Cuiabá. As turmas descentralizadas não contavam com um aluno representante nesta instância colegiada.

“E qual era a composição, você lembra?” (Entrevistadora)

“Sim, era a coordenação local da escola, o coordenador do curso pela universidade federal, alguns professores envolvidos. Tinha um representante acadêmico do curso, tinha um representante de alunos, a direção da escola e os coordenadores, por que eram quatro cursos e cada curso tinha um... não cada curso, mas tinha mais coordenadores da especialização, eu não era coordenadora de todos. Então esses outros coordenadores também participavam.” (CC)

De acordo com as informações colhidas, não havia uma rotina prevista para as reuniões. Estas aconteciam por demanda, caso fosse necessário dirimir algum problema ou tomar alguma decisão inerente ao curso, como questões relacionadas a alguma solicitação de aproveitamento de estudos anteriores, financeiras e acerca do processo de orientação da elaboração dos trabalhos de conclusão de curso, conforme declarou a informante da coordenação central do CEMISF.

“E como que era assim a frequência de reunião, tinha uma frequência planejada ou era por demanda? (Entrevistadora)

“Era por demanda.” (CC)

“Nesses colegiados, que tipos de assuntos eram tratados?” (Entrevistadora)

“Alguma solicitação de aluno pra aproveitamento de disciplina... Como era um curso que antes era dado pontualmente, alguns que atendia à ementa do curso, a questão da carga horária, eles poderiam ser aproveitados. Então, tinha essa demanda e... as questões financeiras do curso também. A questão que também gerou reunião foi a questão pra orientação de monografia... Só isso.” (CC)

3.4.9 SUBDIMENSÃO – DISCENTES

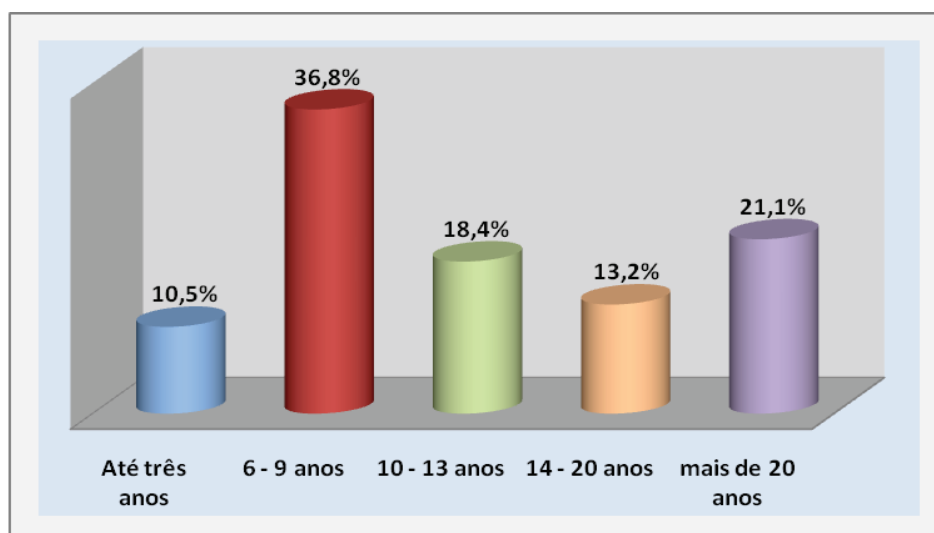
3.4.9.1 INDICADOR – perfil profissional

Entre os alunos pesquisados, verifica-se a predominância de mulheres (71,8%) e pessoas na faixa etária compreendida entre 31 a 40 anos (53,8%). Vale ressaltar a presença de um contingente de 33,3% de profissionais com idade superior a 40 anos. A maioria é de enfermeiros (53,8%), embora também tenha existido uma boa representação (30,8%) da classe dos odontólogos no curso (Quadro Resumo 2).

A média do tempo de formação destes sujeitos é de 17,2 anos, sendo que, somando-se os que têm mais de 10 anos de formados, chega-se a um percentual de 52,7% destes

profissionais. Percebe-se ainda que alguns dos profissionais não tenham entendido bem a pergunta, assinalando provavelmente o tempo de formação em relação à pós-graduação (até três anos).

Gráfico 13 – Distribuição dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, segundo o tempo de formação



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

No tocante aos níveis de qualificação profissional, 82% dos alunos possuem especialização, incluindo a alcançada com a conclusão do CEMISF. Assim, as áreas de qualificação profissional mais frequentes no grupo são a da Saúde da Família, referida por 20 informantes (62,5% dos especialistas) e a de Saúde Pública/Coletiva, especialidade de 09 profissionais.

Tabela 20 – Distribuição dos níveis de qualificação profissional dos alunos do CEMISF por categoria profissional

Qualificação profissional	Categorias profissionais			Total	%
	Médico	Enfermeiro	Odontólogo		
Graduação	02	02	02	06	15,4
Especialização	04	18	10	32	82,0
Mestrado	-	01	-	01	2,6
Total	06	21	12	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Entre os médicos, as outras especialidades descritas foram a Cardiologia, Medicina do Tráfego, Pediatria, Administração em Serviços de Saúde e Medicina Bioquímica com Prática em Ortomolecular (Tabela 21). Entre os enfermeiros foram citadas especializações nas áreas de Educação em Saúde, Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem, Gestão, Medicina Chinesa, Saúde Mental, Saúde Indígena e

Urgência e Emergência (Tabela 22).

Os odontólogos referiram ter especialização nas áreas de Endodontia, Implantodontia, Odontopediatria e Ortodontia (Tabela 23).

Tabela 21 – Áreas de qualificação profissional (especialização) referidas pelos médicos

Área	Ocorrências
Cardiologia	01
Medicina do Tráfego	01
Saúde Pública	01
Pediatria	01
Administração em Serviço de Saúde	01
Saúde da Família	02
Medicina Bioquímica com Prática em Ortomolecular	01

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Tabela 22 – Áreas de qualificação profissional (especialização) referidas pelos enfermeiros

Área	Ocorrências
Educação em Saúde no Âmbito da Enfermagem	01
Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem	02
Saúde da Família	10
Gestão em Saúde e Políticas Públicas	01
Medicina Tradicional Chinesa	01
Administração dos Serviços de Saúde	01
Saúde Mental e Atenção Psicossocial	01
Saúde Coletiva/Pública	05
Sistema de Vigilância Alimentar Indígena e Saúde Indígena	01
Urgência e Emergência	01

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

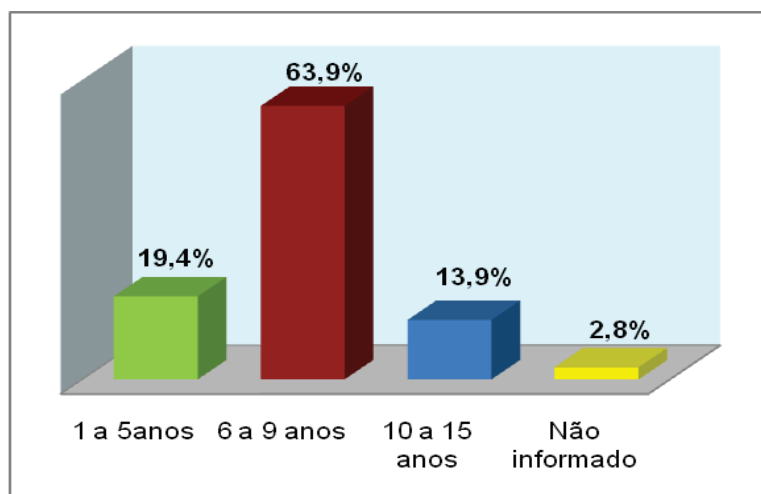
Tabela 23 – Áreas de qualificação profissional (especialização) referidas pelos odontólogos

Área	Ocorrências
Saúde da Família	08
Saúde Coletiva/Pública	03
Endodontia	02
Implantodontia	01
Odontopediatria	01
Ortodontia	01

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

A grande maioria dos ex-alunos pesquisados (92,3%) afirmou ter vínculo empregatício com Secretarias Municipais de Saúde, sendo que, para 63,9% destes profissionais, este vínculo já dura de 6 a 9 anos.

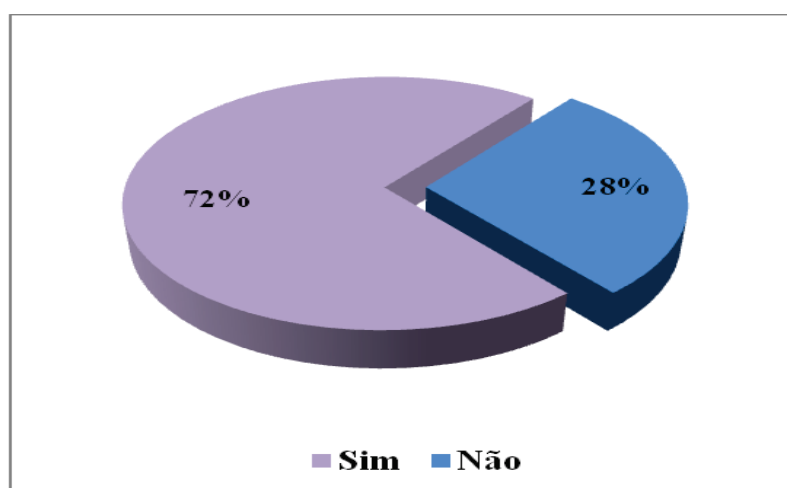
Gráfico 14 – Distribuição dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família, segundo o tempo de vínculo com as Secretarias Municipais de Saúde



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Os dados também demonstram que a maioria destes profissionais (28 ou 71,8%) continua atuando em Equipes de Saúde da Família atualmente. Destes, 27 responderam à questão sobre há quanto tempo estão em Saúde da Família, verificando-se que 88,9% deles têm de 6 a 9 anos de atuação nesta área.

Gráfico 15 – Ex-alunos do CEMISF participantes da pesquisa que atualmente estão atuando em Equipes de Saúde da Família



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Quadro Resumo 02 – Perfil profissional dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família – Turmas Cáceres, Barra do Garças, Tangará da Serra e Sinop (2005/2006)

Indicadores	Descrição	N	(%)
Sexo	Feminino	28	71,8
	Masculino	11	28,2
Categoria profissional	Enfermeiros	21	53,8
	Odontólogos	12	30,8
	Médicos	06	15,4
Faixa Etária	De 20 a 30 anos	04	10,3
	De 31 a 40 anos	21	53,8
	De 41 a 50 anos	07	17,9
	De 51 a 60 anos	06	15,4
	Não informado	01	2,6
Tempo de formação	De 06 a 11 anos	17	46,0
Qualificação	Especialistas	32	82,0
Áreas de qualificação	Saúde da Família	20	62,5
	Saúde Coletiva/Pública	09	28,1
Atuam em Saúde da Família atualmente	Sim	28	71,8
	Não	11	28,2
Tempo de atuação em Saúde da Família	06 anos a 09 anos	24	88,9
Possuem vínculo com Secretarias Municipais de Saúde	Sim	36	92,3
	Não	03	7,7
Tempo de vínculo com as SMS	06 a 09 anos	23	63,9

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

3.4.9.2 INDICADOR – mecanismos de inserção no curso.

O projeto faz referência a um processo seletivo que seria realizado em período definido pela ESPMT para a confirmação da matrícula, a qual seria feita previamente por meio do preenchimento de um requerimento de matrícula pelo candidato, devendo este ser encaminhado ao setor responsável na escola.

De acordo com informações dos alunos participantes da pesquisa, observa-se que 56,4% deles inseriram-se no curso por meio da indicação do gestor municipal e 30,8% por uma seleção interna no município. Nenhum dos pesquisados assinalou ter passado por uma seleção pública (Tabela 24). Segundo a coordenação central, bastava que o profissional estivesse a pelo menos seis meses atuando em uma Equipe de Saúde da Família e ter a liberação do gestor municipal para ser inserido no curso.

“Mas, na verdade não teve uma prova seletiva?”
(Entrevistadora)

”Não. Não por que, na verdade, o que selecionava , basicamente, era ele estar inserido no programa de Saúde da Família, com esse mínimo de seis meses. Então, praticamente esse seria o item que selecionava os profissionais.” (CC)

Percebe-se também, que entre as outras formas de ingresso no curso especificadas por alguns alunos, houve uma espécie de convite ou indicação via ERS:

“Convidada por Sandra (Enf^ª) que atuava no Escritório Regional de Saúde de Cáceres.”

“Não houve uma seleção específica, todos os profissionais de Saúde da Família da época automaticamente puderam participar (eram só 3 Equipes de SF).”

“O município recebeu do ERS a relação nominal dos profissionais indicados p/ ingressar no curso.”

“Seleção do escritório regional/escola.”

Tabela 24 - Formas de inserção no CEMISF segundo os alunos pesquisados

Alternativas	N	%
Indicação do gestor municipal	22	56,4
Seleção interna no município	12	30,8
Outras formas	05	12,8
Seleção pública através de prova e outras fases como entrevista e análise de currículo	-	0,0
Total	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Verifica-se que grande parte dos alunos investigados ficou sabendo da realização do curso através da divulgação feita pelos Escritórios Regionais de Saúde (59,0%) e pelo Coordenador da Atenção Básica de seu município de atuação (30,8%).

Tabela 25 - Formas pelas quais os alunos ficaram sabendo da realização do CEMISF

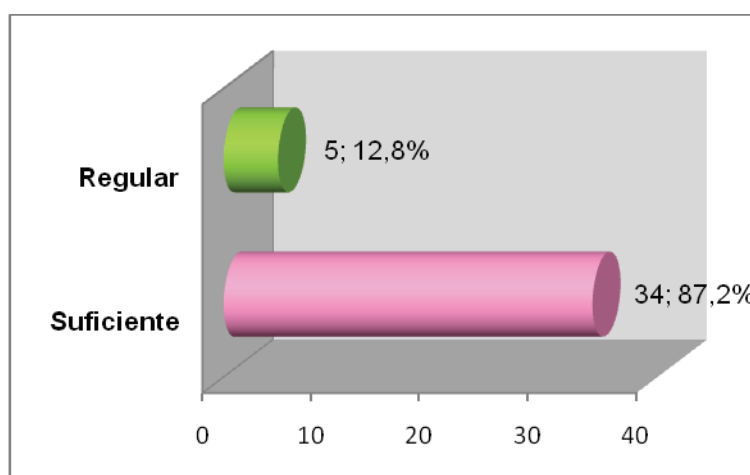
Alternativas	N	%
Divulgação através do Escritório Regional de Saúde	23	59,0
Divulgação pelo coordenador da atenção básica do seu município	12	30,8
Por colegas de trabalho	05	12,8
Divulgação pela Escola de Saúde Pública de MT	04	10,3
Por outras formas	01	2,6
Informação divulgada através da internet	-	0,0
Por familiares e amigos externos ao serviço	-	0,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

3.4.9.3 INDICADOR – auto-avaliação dos alunos acerca de sua dedicação ao curso

Mediante a solicitação para que auto-avaliassem sua dedicação pessoal ao curso, a maioria dos egressos do CEMISF pesquisados (87,2%) consideraram sua dedicação suficiente (Gráfico 16). Estes justificaram a escolha por diversos motivos, entre eles: terem se dedicado às atividades inerentes ao curso, mesmo tendo jornada dupla de trabalho, freqüentado todas as aulas, terem sido pontuais com a entrega dos trabalhos, participado das atividades propostas, se disporem a viajar, deixar os familiares, mobilizar a família, arcarem com despesas de transporte e estadia; por estudarem aos finais de semana, aplicarem o que aprenderam na prática.

Gráfico 16 - Auto-avaliação dos alunos a respeito de sua dedicação pessoal ao curso



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Principais justificativas dos alunos por considerarem sua dedicação pessoal ao curso suficiente

Idéias centrais	Exemplos	Freq.	%
Freqüência, participação em todas as aulas	“Foi suficiente, pois participei de todos os módulos de forma integral e também sempre ajudei nos trabalhos e atividades.” “Não faltei a nenhum módulo e participei/ me dediquei a todas as disciplinas.”	13	38,2%
Realização de todas as atividades	“Fui em todas as aulas e realizei os trabalhos necessários para conclusão do curso, além de me sentir motivado.”	08	23,5
Aplicar o que aprendeu na prática	“Avalio assim, pois tudo que pude aprender, aperfeiçoar e pôr em prática, eu fiz, dediquei-me ao máximo nisso.”	05	14,7
Se disporem a viajar e deixar a família	“Me dispunha a viajar, deixar minha família e estudava. Lia os textos e pesquisava para resolver os	04	11,7

	trabalhos e monografia. Viajei várias vezes para encontrar com o orientador.”		
	“Uma vez que participei efetivamente do curso, mesmo as aulas ocorrendo a 150km do meu município e há 384,5km quando o módulo era em Cuiabá (...)”		
Dedicação apesar de jornada dupla de trabalho	“Apesar de estar atuando em PSF, que são 40 horas semanais e em consultório particular, nas horas vagas me dedico aos trabalhos do curso.”	02	5,9
Estudar aos finais de semana	Me dediquei muito ao curso, estudava aos sábados e domingos p/ realizar uma boa pesquisa. “Fiz o CEMISF no Pólo Reg. de Cáceres, morando em outros municípios da Regional. Precisava viajar para participar das aulas. No início, tinha que levar minha 1ª filha junto, pois ainda a amamentava (o Curso teve início antes de 2005, não me recordo agora a data exata), e passei pela minha 2ª gestação durante o Curso. No início o Estado pagava todas as despesas, depois foi cortando as passagens e por último a estadia (...)”	01	2,9
Arcar com despesas de transporte e estadia	“Assiduidade, frequência integral, pontualidade, compromisso com o curso, conclusão do curso com entrega em tempo hábil da monografia.”	01	2,9
Entrega em tempo hábil da monografia		01	2,9
Total de respostas		34	100,0

Aqueles que julgaram sua dedicação regular o justificaram por falta de tempo, problemas pessoais, por ter outras atividades além do trabalho no PSF, desânimo, dificuldades em realizar a monografia:

“Bom, no início do curso tinha muito tempo disponível p/ me dedicar integralmente, mas nesta última etapa de elaboração da monografia não consegui concluir o mesmo por problemas pessoais.”

“Devido a outros afazeres além do trabalho do p.s.f.”

“Devido ao pouco tempo disponível, muito desânimo, dificuldade na realização deste tipo de trabalho.”

“Eu poderia ter me dedicado mais e não ficado na expectativa de aguardar ações da coordenadora do curso ou do orientador.”

“Poderia ter me dedicado mais. O maior problema e desistência foi no período de monografia, principalmente com o orientador.”

Em relação aos diversos aspectos que dizem respeito ao desempenho do aluno no curso, como frequência e assiduidade, leitura de textos, participação nas aulas, relacionamento interpessoal, entre outros, de maneira geral a opinião dos alunos apontou para um bom

desempenho nos mesmos. Quanto à frequência e assiduidade, 66,7% julgaram ter um desempenho muito bom, bem como 59% achou que no relacionamento com os colegas também foi muito bom. Os principais aspectos em que os alunos consideraram seu desempenho regular foram na dedicação extra-aulas (leituras complementares) (28,2%) e no relacionamento com a coordenação do curso (25,6%).

Quadro 07 – Auto-avaliação dos alunos em relação a aspectos relacionados a seu desempenho no curso

Aspectos	Desempenho									
	Ruim		Regular		Bom		Muito Bom		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frequência e assiduidade	-	-	01	2,6	12	30,8	26	66,7	39	100,0
Leitura dos textos indicados	01	2,6	04	10,3	28	71,8	06	15,4	39	100,0
Participação nas aulas	01	2,6	-	-	24	61,5	14	35,9	39	100,0
Dedicação extra-aulas (leituras complementares)	01	2,6	11	28,2	24	61,5	03	7,7	39	100,0
Relacionamento com os colegas de sua turma	01	2,6	01	2,6	14	35,9	23	59,0	39	100,0
Relacionamento com os professores	01	2,6	01	2,6	22	56,4	15	38,5	39	100,0
Relacionamento com a coordenação do curso	01	2,6	10	25,6	17	43,6	11	28,2	39	100,0
Relacionamento com o orientador	05	12,8	05	12,8	17	43,6	11	28,2	38	97,4
Relacionamento com o apoio administrativo do curso	03	7,7	07	17,9	23	59,0	06	15,4	39	100,0
Capacidade de compatibilizar as atividades do trabalho com as do curso	02	5,1	06	15,4	26	66,7	05	12,8	39	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Observa-se que, ao ingressarem no curso, os maiores investimentos feitos pelos alunos foram na reorganização da agenda profissional (79,5%) e nos gastos financeiros para arcar com as despesas de deslocamento e hospedagem para participarem das aulas, identificado por 56,4% dos pesquisados. Mais da metade também referiu ter adquirido computador com acesso à internet (53,8%).

Tabela 26 - Aspectos do investimento pessoal dos alunos do CEMISF ao iniciarem o curso

Aspectos	N	%
Reorganização de agenda profissional	31	79,5
Gastos financeiros para deslocamento e hospedagem a fim de participar das aulas	22	56,4
Adquiriu computador com acesso à internet	21	53,8
Adquiriu livros	19	48,7
Outros	05	12,8

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Os “outros” aspectos de investimento pessoal dos alunos no curso especificados foram:

“Melhora dos acessos aos bancos de dados científicos, melhora nas atividades diárias no PSF e melhora nos conhecimentos técnicos e científicos.”

“Cópias e encadernações para a monografia.”

“Contratar uma babá, pois estava com meu filho de 1 mês amamentando-o e quando o módulo era mais que um dia levava-o junto em Sinop.”

“Obtive visão de que estudar é um processo contínuo no cotidiano do profissional de saúde da família.”

“Criação de uma rotina específica de trabalho para todos da equipe de saúde da família.”

3.4.9.4 INDICADOR – Fatores que motivaram os alunos a realizar o curso

De acordo com a pesquisa os fatores que mais motivaram os alunos a fazer o curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família foram necessidade de adquirir mais habilidades e conhecimentos para melhorar a prática, assinalado como nível 5 de importância (máximo) por 43,6% dos alunos, e oportunidade de melhoria salarial, que recebeu o nível 4 de importância de 15,4% dos pesquisados. Porém, o quesito que mais recebeu o maior nível de relevância (5) foi o que também recebeu menor nível (1), assinalado por 28,2% dos respondentes (Quadro 08).

Quadro 08 – Fatores que motivaram os alunos a realizar o curso segundo o nível de importância

Opções	Valores atribuídos em ordem decrescente (5 o que mais motivou e 1 o que menos motivou)									
	5		4		3		2		1	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Necessidade de adquirir mais habilidades e conhecimentos para melhorar sua prática	17	43,6	04	10,3	01	2,6	01	2,6	11	28,2
Solicitação de sua chefia imediata	01	2,6	01	2,6	03	7,7	-	-	02	5,1
Imposição de seus superiores	-	-	-	-	-	-	-	-	03	7,7
Oportunidade de melhoria salarial	-	-	06	15,4	05	12,8	04	10,3	01	2,6
Adquirir o status de especialista	02	5,1	02	5,1	05	12,8	08	20,5	-	-
Expectativa de equiparar sua titulação aos demais colegas especialistas	-	-	01	2,6	03	7,7	05	12,8	02	5,1
Outros	-	-	01	2,6	01	2,6	-	-	01	2,6

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Duas pessoas especificaram os outros fatores que as motivaram a fazer o curso, conforme segue:

“Melhorar a qualidade dos serviços prestados.”

e

“Sabia que as vagas p/ PSF seria + fácil entrar tendo a especialização.”

3.4.10 SUBDIMENSÃO - ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO

Quando questionados se a coordenação da ESPMT realizava acompanhamento *in loco* durante a realização do curso, todos os coordenadores locais informaram que “sim, esporadicamente” e que este acompanhamento consistia em visitas durante a realização do módulo e em um momento para tirar as dúvidas, quando o professor que ia dar aula era da ESPMT:

“Quando os instrutores eram da ESP aproveitavam a oportunidade para dirimir dúvidas.” (CL 02)

“Visita durante a realização do módulo.” (CL 03)

“Visita durante a realização dos módulos.” (CL 01)

A declaração da coordenação central do CEMISF confirma o caráter esporádico do acompanhamento local da escola à realização do curso, referindo as raras vezes em que houve uma tentativa de monitorar a implementação do curso, tendo em vista a dimensão da realização de quatro turmas concomitantes no interior do estado. A capacitação pedagógica dos professores do curso parece ter sido a aposta para garantir o bom andamento do processo, contudo poucos participaram, segundo a mesma informante:

“É... o acompanhamento... Em alguns momentos assim, raros, houve esse acompanhamento. O que procurou fazer mais foi a capacitação pedagógica, convidando todos os professores para participarem. Só que como era uma carga horária também bem grande a capacitação e em vários momentos, não foram todos os professores que tiveram essa disponibilidade e/ou interesse de estar fazendo. Mas acho que teve algumas disciplinas, em uns dois momentos, que foi muito, muito, muito, muito pouco, tendo em vista que eram quatro turmas, que elas acompanharam.”
(Coordenação central)

Ao ser indagada acerca de considerar ou não o acompanhamento pedagógico importante, a coordenadora central declarou que sim, mas que considerava importante a realização da capacitação pedagógica primeiro, antes de se iniciar ao processo de implementação do curso.

“Sim. Eu considero importante fazer a capacitação primeiro. O que na verdade, assim, pra esses cursos, não aconteceu previamente (...) Então, acho que é importante fazer essas capacitações antes de se iniciar o processo, pra depois fazer esse acompanhamento também, pelo menos nos primeiros momentos de cada disciplina pra ver como é que está o desenvolvimento dos professores, as dificuldades que eles estão tendo. E se essa metodologia realmente está sendo adequada pra aquilo que a gente está querendo, de capacitar os profissionais, qualificar os profissionais pra atuação, pra prática mesmo.” (CC)

As declarações dos docentes à mesma pergunta são divididas. Um deles afirma que tinha informações de que este acompanhamento existia, mas demonstra não tê-lo vivenciado. Outro relata que nos módulos iniciais havia uma área pedagógica acompanhando e um terceiro nega sua realização. Dois dos docentes informaram que existiu “sim”, em forma de capacitação, momentos de avaliação e presencialmente.

“De acordo com o que era informado, sim. Mas, não consigo indicar a forma (...)” (D 02)

“Eu participei apenas da construção dos módulos e da aplicação dos módulos iniciais. Naquele momento contávamos com profissionais da área pedagógica acompanhando a condução do curso.” (D 04)

“Não. Pedagógico não.” (D 03)

“Sim, módulos de capacitação pedagógica e avaliação dos cursos aconteceram em diversos momentos.” (D 05)

“Sim. Presencialmente, junto à coordenação.” (D 01)

3.4.11 SUBDIMENSÃO – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Nesta subdimensão, procurou-se apreender as opiniões de alunos e docentes do CEMSIF a respeito da adequação de aspectos relacionados ao trabalho de conclusão de curso, como o formato definido pelo curso (monografia), o prazo para elaboração e entrega do trabalho, a forma de orientação e os desempenhos de orientadores e orientandos.

3.4.11.1 INDICADOR – Adequação

Na visão da maioria dos alunos e docentes, 79,5% e 80% respectivamente, a modalidade de monografia foi considerada adequada, assim como o prazo estipulado para elaboração e entrega da mesma (Gráfico 17).

Tabela 27- Opinião de alunos e docentes do CEMISF a respeito da adequação do formato do TCC adotado no curso (monografia)

Indicador	Alunos		Docentes	
	N	%	N	%
Adequado	31	79,5	04	80,0
Parcialmente adequado	02	5,1	01	20,0
Inadequado	04	10,3	-	-
Não opinaram	02	5,1	-	-
Total	39	100,0	05	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

O principal motivo identificado pelos alunos que assinalaram a modalidade de monografia como parcialmente adequada ou inadequada, estiveram relacionados às dificuldades enfrentadas no processo de orientação, especialmente no que tange à relação e comunicação com o orientador, como ilustra os seguintes relatos

“Foi feito o trabalho e não foi devolvido para correção e muito menos comunicado que deveria ser feitas as correções, o

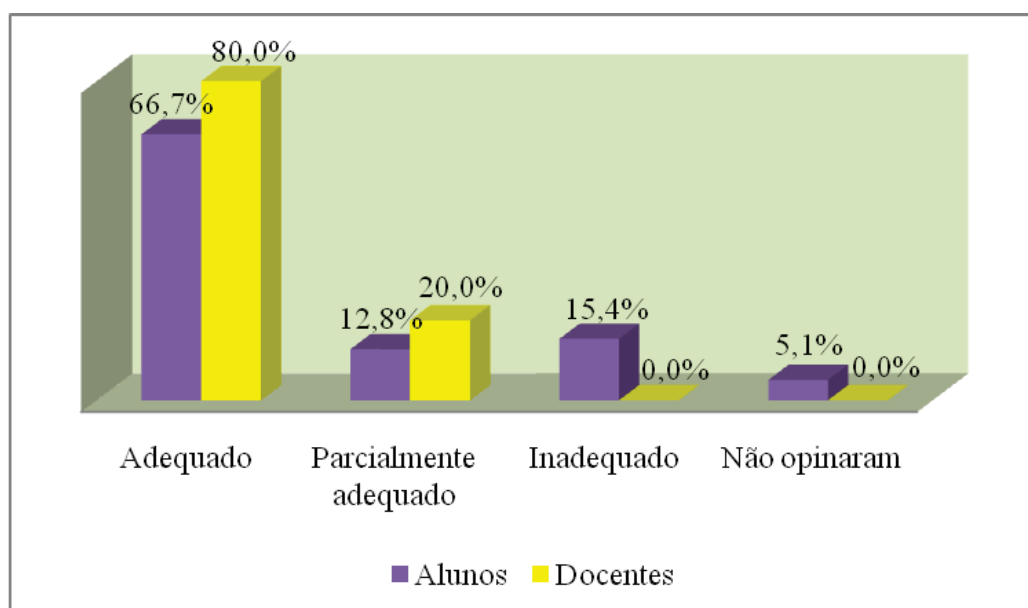
orientador só o vi uma vez durante todo tempo da realização do trabalho.”

“Não consegui falar com o orientador, não havia troca de idéias, pois o mesmo não respondia os email e quando consegui falar por telefone o orientador estava sempre ocupado ou em outro estado no doutorado.”

Para o docente, não foi bem a modalidade monografia que esteve parcialmente adequada, mas os temas sobre os quais foram desenvolvidas, uma vez que, na sua opinião, nem sempre tinham relação direta com a área da Saúde da Família

“A monografia era uma opção adequada, no entanto, os temas trabalhados nem sempre foram adequados. Em princípio havia um planejamento de que os trabalhos seriam referentes a estudos de caso com construção de linhas de condutas e nem sempre aconteceu desta forma. A maioria das monografias eram trabalhos de saúde pública e não especificamente de saúde da família.” (D 04)

Gráfico 17 - Opinião de alunos e docentes do CEMISF a respeito da adequação do prazo para elaboração e entrega da monografia



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

No tocante à forma como se deu a orientação, boa parte dos docentes pesquisados (80%) a julgou parcialmente adequada. Isto em função da mesma ter acontecido à distância, utilizando os meios de comunicação como internet, tecnologia possivelmente problemática nas regiões mais longínquas e por acreditar que desta maneira, os alunos ficassem muito “soltos”. Outras questões levantadas foram o despreparo dos orientadores em auxiliar os alunos na elaboração de linhas de conduta, a necessidade

que tiveram de orientar os alunos em aspectos que ele supostamente já deveria ter sido orientado na disciplina de Introdução à Pesquisa e o desempenho inadequado de alunos.

“Procurava-se confiar muito nas tecnologias de transmissão de dados pela internet, porém naquela época ainda havia muitas dificuldades principalmente nos locais mais distantes do estado. Isto pode ter dificultado a supervisão dos trabalhos.” (D 05)

“O processo de orientação foi problemático no componente metodológico por que não houve consonância entre a forma como os alunos estavam sendo orientados (maioria a distancia com uso de e-mail) e o treinamento em metodologia do trabalho científico recebido pelos alunos. Como orientadora, em vários momentos, precisei ensinar métodos de trabalho ao invés de orientar concepções e direcionamento da pesquisa. Sendo profissionais da área da saúde, desconheciam métodos e tinham pouco tempo para ocupar-se com o trabalho. Outro fator sério com o grupo foi a tendência a copiar da internet seus trabalhos, sem respeitar fonte.” (D 02)

“Nem todos os orientadores estavam preparados para tal função, ou seja, atender a construção de linhas de conduta.” (D 04)

“Pelo fato de ser orientação à distância, senti que os orientandos ficaram soltos demais.” (D 03)

Tabela 28 - Opinião de alunos e docentes do CEMISF a respeito da forma como se deu a orientação

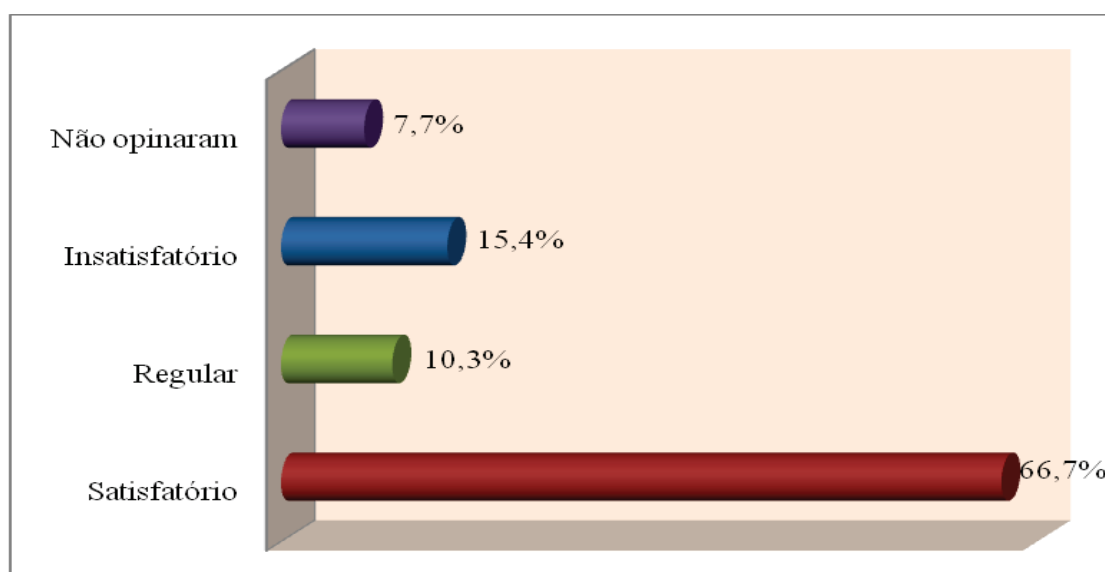
Indicador	Alunos		Docentes	
	N	%	N	%
Adequada	22	56,4	01	20,0
Parcialmente adequada	08	20,5	04	80,0
Inadequada	07	17,9	-	-
Não opinaram	02	5,1	-	-
Total	39	100,0	05	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Entre os 15 alunos (38,4%) que também acharam a forma de orientação parcialmente adequada ou inadequada, o principal motivo esteve relacionado a problemas na atuação do orientador, por não responder ao aluno, não ser acessível, sem perfil e desinteressado. Contudo, de maneira geral, o desempenho dos orientadores foi apontado como satisfatório pela maioria dos alunos que participaram da pesquisa (66,7%) (Gráfico 18).

Idéia Central	Componentes	Exemplos	Freq.
Problemas na atuação do orientador	Distante	“A Orientação estava longe, e da minha parte, acredito que fiquei perdida em alguns pontos, principalmente no levantamento bibliográfico.”	15
	Deixou o aluno perdido	“... quando cheguei na orientadora, tive vontade de chorar, pois o que estava me cobrando era uma tese de mestrado, mas não uma monografia de pós, aí desisti.”	
	Cobranças inadequadas	“Com certeza deveria ter colocado pessoas que tinham perfil p/ a linha de cada pesquisa e com tempo disponível p/ o aluno.”	
	Sem perfil	“Orientação à distância, pouca disponibilidade do orientador, relação impessoal. Demora no retorno do conteúdo enviado e corrigido.”	
	Sobrecarregado	“Orientador com vários orientandos.”	
	Não respondia ao aluno	“Orientador não tinha disponibilidade de tempo, não respondia os email, fiquei desmotivada e já não enviava ou ligava com frequência.”	
	Desinteressado	“Meu caso foi ímpar. Passei por duas orientadoras. A primeira não estava disposta a criar um processo de orientação professor-aluno e, talvez por motivos particulares, não se interessou por meu trabalho. No segundo processo, recebi da orientadora todos os itens necessários para que pudesse desenvolver um bom trabalho (...)”	

Gráfico 18 - Opinião de alunos do CEMISF sobre o desempenho do orientador



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Quanto ao desempenho dos alunos, 3 dos 5 docentes pesquisados (60%) o consideraram regular devido à falta de tempo e dificuldades de contato dos mesmos, além de desinteresse de alguns e necessidade de orientação adequada.

“Alguns alunos dispunham de pouco tempo para os trabalhos e para a elaboração da monografia, bem como as dificuldades referidas na resposta sobre o contato com os alunos.” (D 05)

“Havia bastante desinteresse por parte de alguns orientandos.” (D 03)

“Os alunos dependiam de orientação adequada e não tiveram.” (D 04)

3.5 DIMENSÃO – EFEITOS DA INTERVENÇÃO

Entre os ex-alunos médicos que participaram da pesquisa, os componentes curriculares que mais marcaram foram aqueles destinados ao desenvolvimento de habilidade clínicas para o manejo de doenças e outros problemas prevalentes no estado. No caso dos enfermeiros, o componente mais referido como marcante foi o AIDPI, porque, segundo os mesmos, teve aplicabilidade prática e melhorou sua resolutividade, possivelmente pelo fato de propiciar mais autonomia ao enfermeiro na resolução de problemas e lhe conferir certo status frente à comunidade, pois o mesmo pode inclusive diagnosticar algumas doenças e tratar a criança, prescrevendo medicamentos instituídos dentro de um protocolo. Para os odontólogos, os componentes que mais marcaram foram os da área específica da odontologia, como Odontologia para Inserção no programa Saúde da Família, Aspectos de Saúde Bucal e Vigilância Epidemiológica em Grandes Endemias para Cirurgiões-Dentistas.

Componentes curriculares do curso que mais marcaram os alunos médicos

Componentes marcantes	Exemplos	Freq.	%
	“AIDPI, Hans., TB, HAS, DM.”		
Vigilância Epidemiológica e Assistência ao Paciente em grandes endemias e outros problemas prevalentes	“DST, AIDS e HIV/ Hepatites” “Saúde do Idoso, Saúde do Adolescente, Vigilância epidemiológica e assist. ao paciente com DST, AIDS e HIV (foram bem administrados).” “Foi o AIDPI, porque me trouxe muitas alternativas p/ serem aplicadas p/ as crianças.”	04	66,7

Introdutório e Básico em Saúde da Família	“O curso introdutório e o básico em Saúde da Família. Pois realmente eu pude conhecer a estratégia, entendê-la e começar a tentar aplicá-la em minha prática.”	01	16,7
Introdução à pesquisa	“Introdução à pesquisa científica. (...)”	01	16,7
Total de respostas		06	100,0

Componentes curriculares do curso que mais marcaram os alunos enfermeiros

Componentes marcantes	Exemplos	Freq.	%
Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI	<p>“AIDPI – com este curso, melhorei muito a resolutividade dos problemas encontrados na unidade com relação às crianças menores de 5 anos.”</p> <p>“AIDPI por realizar puericultura com as crianças no PSF, pude melhorar minha contribuição como profissional nos cuidados das mães a seus filhos.”</p>	11	55,0
Vigilância Epidemiológica e Assistência ao Paciente em grandes endemias e outros problemas prevalentes	<p>“AIDPI. Possuía mais aplicabilidade diária e foi um tempo maior que os outros módulos.”</p> <p>“Saúde da mulher, Saúde da criança, saúde do idoso, saúde do adolescente, hipertensão, diabetes, Epidemiologia, primeiros socorros e outros.”</p> <p>“Saúde mental em atenção primária. Mudou o meu jeito de perceber saúde mental e sua importância.”</p>	06	30,0
Introdutório e Básico em Saúde da Família	<p>“Todos, em maior ou menor grau, foram relevantes, mas acho que me envolvi bastante com os módulos de Doenças Endêmicas e de Saúde da Mulher.”</p> <p>“Introdutório em Saúde da Família e curso Básico em Saúde da Família, porque foram os primeiros assuntos específicos abordados onde conheci os princípios básicos em Saúde da Família, a estratégia de mudança do modelo assistencial, enfim o processo de trabalho em Saúde da Família.”</p>	05	25,0
Total de respostas		20	100,0

Componentes curriculares do curso que mais marcaram os alunos odontólogos

Componentes marcantes	Exemplos	Freq.	%
	“Aspectos de saúde bucal para equipes Saúde da Família e Odontologia para Inserção no programa Saúde da Família. Tinha e tem haver c/ minha profissão.”		
Específicos sobre a área da Odontologia	“Odontologia para inserção no PSF, pois é uma área mais específica, onde o conteúdo foi maior e pudemos nos aprofundar mais. além da relação com a clínica e promoção e prevenção de doenças.”	05	50,0
Introdutório e Básico em Saúde da Família	“Vigilância Epidemiológica em Grandes Endemias para Cirurgiões-dentistas, porque houve uma troca de informações e uma discussão relevante entre os cirurgiões-dentistas.” “O Introdutório em Saúde da Família, porque é a partir dele que entendemos o funcionamento do PSF e assim planejamos melhor o nosso trabalho.”	02	20,0
Urgência e Emergência	“Sem dúvidas, Introdutório em Saúde da Família e Básico em Saúde da Família. Estes dois módulos proporcionam ao profissional conhecimento do funcionamento de toda a estrutura do PSF.” Urgência e Emergência em Atenção Primária, porque houve muita experiência e me esclareceu muitas dúvidas existentes.		
	Urgência e Emergência em Atenção Primária. Excelente professor.	02	20,0
Total de respostas		10	100,0

De acordo com a opinião dos alunos, a atuação do orientador foi o fator que mais contribuiu para que os mesmos conseguissem concluir a monografia, referido em 78,2% das respostas, conforme sistematizado abaixo. O segundo fator mais apontado foi o esforço próprio (dedicação) e persistência do aluno (56,5%).

Fatores aos quais os alunos atribuem ter conseguido concluir a elaboração da monografia

Idéia central	Exemplos	Freq	%
Atuação do orientador	“A ter uma orientadora que superou minhas expectativas, pois a dificuldade da distância, eu em Barra do Garças e ela em Cuiabá, seria grande se ela não houvesse tido o compromisso para comigo. A maioria dos orientadores de colegas deixaram a desejar, não dando respostas e não acompanhando. Este é	18	78,2

um aspecto importante para vocês levarem em consideração, escolher melhor os orientadores, que tenham compromisso e caráter.”

“Acredito fielmente que foi ao fator de ter tido uma EXCELENTE orientadora. (...) Fez com que eu persistisse, me incentivou em todos momentos.”

Esforço próprio e persistência	“... a meu esforço pessoal, me dediquei muito.” “Persistência, força de vontade, apoio da orientadora.”	13	56,5
Ajuda de amigos e familiares	“Esforço próprio, ajuda de amigos e colegas de trabalho e apoio da família.” “Minha família, orientador, esforço próprio.”	02	8,7
Internet	“Eu, internet e orientador.” “Esforço pessoal, acesso à internet.”	02	8,7
Interesse pelo tema	“O interesse pelo tema que escolhi.”	01	4,3
Interesse pelo certificado	“Pois é o fundamental para entrega do certificado de conclusão do curso, e quando a gente participa de qualquer curso nós esperamos o canudo.”	01	4,3
Total de respostas		23	100,0

Verifica-se que o principal fator apontado pelos alunos como obstáculo para a conclusão da monografia foi a falta de comunicação tanto em relação a aluno-coordenador e aluno-orientador. Esteve presente em 11 das 32 declarações dos respondentes (34,4%).

Fatores considerados pelos alunos como obstáculos para a conclusão da monografia

Idéia central	Exemplos	Freq.	%
Falta de comunicação	“Falta de comunicação adequada entre a escola e os alunos. Tanto foi que a grande maioria não concluiu a monografia.” “O principal fator foi a falta de comunicação entre aluno – orientador – escola. Pois se soubesse das datas, teria terminado a monografia e a entregue.”	11	34,4
Dificuldades inerentes ao aluno	“Principalmente a falta de comunicação com a coordenação do curso. Falha em ambas as partes, admito. Acho que poderia ter concluído de acordo com o tempo que o comitê de ética me passou.” “Dificuldade em achar bibliografia sobre o tema (não sabia onde e como procurar). Dificuldade em saber sobre cada parte que compõe a monografia.”	07	21,9
Atuação do orientador	“Consegui concluir só que a dificuldade que sentimos, foi devido à má orientação na elaboração das hipóteses e	06	18,8

		do tema, assim como a metodologia em desacordo com a comissão.”		
		“(…) Não tive um bom relacionamento com a minha orientadora.”		
		“(…) e a total falta de compreensão e humanidade por parte da coordenação e orientadora antigas, que de forma desumana me excluiu do processo como culpada por não está apta a estudar.”		
Atuação da coordenação	da	“Quase desisti por causa da responsável pelo curso. Sem ter culpa me chamou de irresponsável. Quis descontar problemas pessoais e meteu os pés pelas mãos.”	04	12,5
		“A mudança contínua da data da entrega que no final houve uma confusão em relação à mesma.”		
		“A falta de disponibilidade de tempo da minha parte. (…)”		
Falta de tempo		“Considero um grande obstáculo a indisponibilidade de tempo – conciliar trabalho, família e pesquisa – fato que exigiu que eu priorizasse a monografia a fim de realmente concretizá-la.”	04	12,5
		“Cada vez que enviava o anteprojeto para a comissão ele era analisado por grupos diferentes. Questões que já haviam sido aprovadas anteriormente voltavam com pendência. E assim ocorreu com vários itens do anteprojeto.”		
Comitê de ética		“O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido…”	03	9,4
		“A princípio, meu problema de saúde (…).”		
Problemas de saúde	de	“Gravidez de risco, muitas corridas aos médicos, muito repouso – depois o nascimento (bebê tinha muita cólica e eu sozinha p/ cuidar, mãe de 1ª viagem)”	02	6,2
Falhas na disciplina de metodologia científica	de	“(…) aula de metodologia.”	01	3,1
Total de respostas			32	100,0

Mediante o questionamento em relação a se o curso contribuiu ou não para melhorar a capacidade dos alunos de resolver os problemas enfrentados no dia-a-dia da prática, houve unanimidade entre os 36 sujeitos que responderam a questão em considerar que “sim”. Observa-se pelas justificativas que o curso contribuiu desenvolvendo conhecimentos e habilidades importantes para o trabalho dos profissionais na ESF, sejam estas relacionadas às atividades de gestão ou assistência. É possível identificar nas declarações, a alusão a alguns pontos fundamentais do novo modelo de atenção que se pretende implementar: o papel da atenção básica como base do sistema de saúde, a

concepção de determinação social do processo saúde-doença, a abordagem familiar e comunitária, o trabalho em equipe, a perspectiva da promoção da saúde.

Idéia central	Componentes	Exemplos	Freq.	%
Opinião positiva	Contribuições gerais para o trabalho	<p>“Com certeza, aprendi muitas coisas que levei pra minha prática e que com isso fazem a diferença no meu trabalho.”</p> <p>“Sim. foi bastante enriquecedor e tem me ajudado muito no meu trabalho.”</p>	14	39,0
	Desenvolveu e ampliou conhecimentos	<p>“Sim, pelo conhecimento ampliado durante o curso.”</p> <p>“Sim, porque foram assuntos específicos que enriqueceram nossos conhecimentos e facilitarão no desempenho das atividades diárias.”</p>	06	17,0
	Contribuição para atividades relacionadas à assistência	<p>“Com certeza, clareou bastante a prática. No caso da Hanseníase, por exemplo, lembro que onde eu trabalhava não tinha todos os impressos referentes ao tratamento/controlado dos pacientes, e eu não sabia fazer o exame físico referente ao diagnóstico da doença. A partir do curso passei a fazer o exame físico completo no início, meio e fim do tratamento, e melhorei meus registros e a orientação aos pacientes. Quanto à Tuberculose, na minha USF não tinha o “livro preto”, consegui um com o ERS e passei todos os dados que pude levantar dos pacientes já tratados e em tratamento, e os novos passaram a fazer parte do livro desde o início, com todos os registros para acompanhamento.”</p>	05	14,0
	Contribuição para atividades relacionadas à gestão	<p>“Com certeza melhorou e muito principalmente para organizar, planejar, executar e avaliar as ações dentro do programa Saúde da Família.”</p> <p>“Com certeza. Hoje sei como agir, tomar decisões e ainda quando tenho dúvidas, ligo ou pego o material p/ estudar novamente.”</p>	03	8,3
	Visão mais abrangente – determinação social do processo saúde-doença.	<p>“Com certeza. O curso abre os olhos dos profissionais e permite uma atenção/assistência mais voltada a pessoa dentro de sua real situação, (financeira, psicológica, familiar).”</p> <p>“Sim. Cada caso, cada território, cada família, cada local tem a sua realidade- temos que nos adaptarmos para poder ajudá-los.”</p>	03	8,3

Visão para ações de prevenção e promoção da saúde	“sim, pois amplia a visão de como implementar ações tanto educativas quanto na prática.”	03	8,3
Desenvolvimento do trabalho em equipe	“Contribui de forma totalmente relevante, principalmente por nos ensinar estratégias de trabalhos em equipe...”	03	8,3
Atenção básica como base do sistema de saúde	“Sim, em vários aspectos, minha visão após a formação ou graduação era muito hospitalocêntrica o curso me abriu algumas portas para a área preventiva, a importância da atenção básica que após o curso me esclareceu que é a base de tudo mesmo, como podemos verificar e com grande louvor aos PSF's o fechamento de vários hospitais, a diminuição significativa dos internamentos.”	02	5,5
Conferiu segurança	“Sim. Hoje eu acompanho todos os pacientes dos programas com segurança. E tenho maior conhecimento dos limites da enfermagem.”	02	5,5
Total de respostas		36	100,0

Os principais fatores que dificultaram a realização do curso na visão dos ex-alunos foram a distância do local de realização das aulas e também do orientador, os custos financeiros para participação no curso decorrentes de despesas com deslocamento, hospedagem e alimentação, além de problemas relacionados à organização, especialmente os de infraestrutura e mudanças em cronogramas.

Fatores que na opinião dos alunos dificultaram a realização do curso

Idéia central	Exemplos	Freq.	%
Distância	“Para nós que estamos atuando em PSF em municípios do interior, a distância da capital dificultou um pouco a realização do curso.”	12	35,3
Custos financeiros	“... as despesas são altas. Custo financeiro.”	06	17,6
Problemas na organização	“A falta de organização, talvez por ter sido o primeiro e por ser fora da Escola de Saúde Pública (...)” “O que foi informado na época pela “Dora”, que a firma que ficou responsável pelo curso, pelos eventos foi afastada e ficamos ameaçados de não concluir o curso, ficamos vários meses sem aula, e que a escola não tinha meios para concluir.” “Apenas quando se reagendava o curso, devido ao trabalho de atendimento das famílias.”	05	14,7

Problemas referentes à atuação da coordenação	“Acredito que a falta de interesse da coordenação em sanar as dificuldades encontradas no decorrer do curso ou seja cobrar dos orientadores maior participação no desenvolver do trabalho monográfico.”	02	5,9
Aulas realizadas nos finais de semana	“Talvez, por ser apenas nos finais de semana, o cansaço, às vezes, atrapalhava meu andamento nos estudos, já que eram assuntos importantes e exigiam muita atenção e participação.”	02	5,9
Deixar a família	“(…) Deixar minha família (…)”	01	3,0
Curso longo	“(…) o longo período do curso.”	01	3,0
Desestímulo	“(…) no meu caso em particular desestímulo.”	01	3,0
Falta de apoio da gestão	“Falta de incentivo por parte dos gestores e até mesmo a ajuda financeira que não aconteceu.”	01	3,0
Problemas referentes à atuação de orientadores	“A falta de compromisso de alguns orientadores...”	01	3,0
Total de respostas		34	100,0

O aspecto facilitador mais referenciado pelos alunos foi o apoio do gestor em liberá-los para a participação no curso. Em segundo lugar ficou o apoio financeiro, caracterizado pelo custeio das despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação dos alunos pelo estado. A seguir aparece o fato de o curso ter sido realizado em locais próximos e nos finais de semana.

Chama a atenção o fato de que os locais de realização das aulas e os custos financeiros são ao mesmo tempo vistos como dificuldades e facilidades. Alguns destacam o fato de poderem fazer o curso em uma região próxima de seu município de origem como algo positivo, enquanto outros acham que este deslocamento foi difícil. Do mesmo modo, enquanto o fato das despesas dos alunos terem sido custeadas pela escola, mesmo que tivessem sido interrompidas em algum momento, foi valorizado de um lado, outros deram ênfase na interrupção. Verifica-se que não houve consenso entre os sujeitos.

Fatores que na opinião dos alunos facilitaram a realização do curso

Idéia central	Exemplos	Freq.	%
Apoio da gestão municipal, especialmente na liberação	“O apoio da administração pública na liberação do trabalho p/ participação nos módulos.” “O apoio do gestor tanto em liberar o funcionário,	16	47,0

	quanto ajuda financeira.”		
	“O Estado custeou 95% das nossas despesas.”		
Apoio financeiro	“O apoio que o Estado nos deu nos oferecendo alimentação e estadia. Acredito que Deus os cobrirá de bênçãos e ainda tivemos aulas gratuitas, qualquer curso disponível hoje no mercado a pessoa deve desembolsar só com as aulas a faixa de 400,00 reais mensais.”	12	35,3
Realização em locais próximos dos alunos	“Por se em minha cidade, isso facilitou bastante.” “Fácil acesso por ter sido próximo da minha cidade...”	06	17,6
Aulas realizadas nos finais de semana	“Os módulos aconteciam nos finais de semana...”	05	14,7
Atuação de orientadores e professores	“... professores capacitados.” “Orientadores.”	04	11,8
Apoio de familiares e colegas	“...o bom entrosamento com os colegas do município.” “O apoio... da família...”	04	11,8
Interesse e força de vontade	“A força de vontade de cada um.”	03	8,9
Atuação da coordenação	“O empenho dos profissionais de coordenação da ESP...”	02	5,9
Organização	“... seguiram a agenda ou o cronograma à risca dando para se organizar e planejar para sair para as aulas.”	01	3,0
Total de respostas		34	100,0

4. DISCUSSÃO

O estudo permitiu identificar a influência relevante de fatores dos contextos político e organizacional, determinando os problemas ocorridos no processo de implementação do CEMISF. Questiona-se a priorização dada à intervenção no âmbito da política da gestão estadual vigente na época de sua realização. Embora o curso tenha sido concebido como uma das principais estratégias para a implantação do novo modelo de atenção à saúde no estado, especialmente entre os atores da escola, isto não ocorreu nos níveis mais centrais de gestão – SESMT, bem como na instituição de ensino como um todo.

O processo de implementação esteve centralizado no coordenador central, como constata a ex-diretora da escola em uma fala espontânea e também se evidencia pela amplitude das atividades que ficaram sob a responsabilidade daquela coordenação e pelo seu sentimento de sobrecarga declarado durante a entrevista. É esperado que, numa ação considerada prioritária, haja o envolvimento e a soma de esforços de todos os setores da instituição que a realiza, bem como dos parceiros instituídos.

As mudanças de gestão na SES provocaram a interrupção de mecanismos fundamentais para a continuidade do curso da forma como o mesmo havia sido planejado. Ainda que o financiamento estivesse garantido e que os recursos fossem suficientes para a implementação do curso, a ausência de mecanismos de gestão eficientes trouxe prejuízos no provimento de insumos e, conseqüentemente, na realização de atividades inerentes ao processo.

A burocracia e interrupção de processos licitatórios e de pagamentos ocasionaram diversas mudanças no cronograma do curso, problemas no provimento de infraestrutura e a descontinuidade no custeio das despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação dos alunos, referida como uma das principais dificuldades para a realização do curso pelos alunos. Do mesmo modo, a falta de autonomia administrativa e financeira da escola, deixou-a de mãos atadas frente às dificuldades.

Ainda, a redução significativa do investimento de recursos do tesouro estadual na ESPMT sugere uma desvalorização das ações de educação na saúde, visto que Mato Grosso tem sido um dos estados com maior arrecadação fiscal nos últimos anos.

É recomendável o esforço da escola na busca da efetivação de sua autonomia administrativa e financeira, já garantida em sua lei de criação, uma vez que isto

conferiria maior eficiência aos processos. Sabe-se que tal decisão foge da governabilidade da instituição e, para tanto, articulações e negociações com a SESMT e Conselho Estadual de Saúde, bem como o apoio de outras instâncias como COSEMS e Conselho Estadual de Educação, poderiam facilitar esta tomada de decisão pelo governo do estado.

Mesmo com a instituição da atividade de magistério no âmbito da Escola de Governo do Estado de Mato Grosso e das demais escolas (onde se inclui a ESPMT) pela Lei N° 8151 de 08/07/2004, as dificuldades para pagamento de horas-aula para os professores do CEMISF estiveram presentes, especialmente no caso daqueles que eram servidores públicos estaduais.

Ainda que esta lei legitimasse o magistério interno, permitindo a atuação de servidores estaduais em atividades de docência e o pagamento das horas excedentes à sua carga horária de trabalho, o entendimento de que este pagamento seria indevido por parte de órgãos auditores e fiscalizadores do governo estadual, trouxe empecilhos para o pagamento de vários docentes, conforme o que foi destacado pelo gestor escolar que participou da pesquisa

“... precisava estar contando quase que de um favor de um profissional pra sair de Cuiabá e ir dar aula no interior. Aí a gente pagava a hospedagem e alimentação. Quer dizer, ele estava trabalhando a troco só da cama e da alimentação. Não tinha nenhum incentivo que pudesse estar fazendo com que ele recebesse para preparação das aulas dele, do momento que ele estava dando aula. Apesar que a gente reconhece que um profissional, quando ele está com a sua carga horária de trabalho ele não deve estar recebendo, mas a gente tinha muitos profissionais que não eram nossos, de outras instituições e que atenderam ao nosso convite no sentido de estarem contribuindo para o sistema e a gente pagava ... a hospedagem e alimentação e ele contribuía com a gente. Vários fizeram isso, esse papel junto à escola no sentido de reconhecer o papel da escola, o esforço da escola em estar qualificando as equipes.” (Gestor escolar)

A implantação de uma carreira docente e a existência de um quadro de professores qualificados e próprio da escola poderia ser uma alternativa para minimizar este problema. O investimento na qualificação dos docentes, com cursos de mestrado (principalmente) e doutorado, é de fundamental importância para a manutenção do programa de pós-graduação *lato sensu* da ESPMT, haja vista o baixo contingente de

professores com estes níveis de titulação, conforme evidenciado pela pesquisa.

Percebe-se que esta já é uma preocupação da escola, pois ela vem incentivando a qualificação de seus técnicos para a atividade docente, liberando um número significativo de servidores para cursarem programas de mestrado. Vale lembrar que, desde 2006, a escola já liberou 15 servidores para a realização de cursos de mestrado.

A atuação deste corpo docente, qualificado nas áreas prioritárias eleitas pela escola, também seria de suma importância para a elaboração dos projetos ou planos de curso, enriquecendo ainda mais as propostas e contribuindo para a qualidade dos processos de formação.

Com base nas visões de alguns sujeitos da pesquisa, constata-se uma aposta na capacitação pedagógica como a principal estratégia para garantir a aplicação da metodologia preconizada pela escola. Para que o professor intervenha adequadamente numa abordagem problematizadora, apenas o fato de estar capacitado na metodologia não é suficiente e, concordando com Farah & Pierantoni (2003, p. 25) é preciso que este tenha

“internalizadas as mudanças que a mesma proporciona quando se conhece e entende a metodologia. Por isso é tida também como uma metodologia para ser aplicada no nosso dia-dia, na nossa vida, pois exige da pessoa que a aplica postura igual perante a vida (relações mais igualitárias, abertura, flexibilidade, saber ouvir, aceitar o outro como ele é, respeitar o ritmo de cada pessoa, entre outras). Pode-se inferir que o processo de internalização, na maioria das vezes, é lento, pois implica em mudança de visão de mundo.”

Mesmo que os professores tivessem sido capacitados pedagogicamente, outros recursos pedagógicos como o material instrucional também deveriam estar adaptados a uma proposta problematizadora como, por exemplo, apresentar propostas de exercícios práticos aos alunos, estudos de caso, entre outras.

A garantia de que o processo pedagógico fosse conduzido dentro da Metodologia da Problematização, dar-se-ia também através de um acompanhamento pedagógico eficaz, o que foi uma fragilidade apontada pelo estudo. Assim, a escola deve investir no fortalecimento de uma equipe pedagógica que realize efetivamente o acompanhamento *in loco*, mantenha uma relação mais próxima com alunos, professores e coordenadores,

identificando necessidades e desenvolvendo ações de caráter formativo para assegurar a qualidade do processo educativo.

A existência de coordenação local é imprescindível para a realização de cursos descentralizados, possuindo um papel fundamental de acompanhamento do processo. Faz-se necessário que existam mecanismos de vinculação formal destes sujeitos à atividade e também de incentivo às pessoas que assumirem esta função, visto que não é uma tarefa simples. É preciso que estes sejam pelo menos liberados de outras atividades para que possam se dedicar à coordenação dos cursos.

Identifica-se a relevância de que a implementação de uma estratégia descentralizada seja acompanhada de uma estruturação dos níveis locais, com apoio logístico e administrativo aos cursos, bibliotecas com o acervo básico necessário, laboratórios de informática, enfim, locais fixos e com estrutura adequada para a realização das aulas (teóricas e práticas).

A estruturação de uma secretaria escolar na ESP por meio da implantação de mecanismos mais ágeis e informatizados de gestão acadêmica dos cursos, também se coloca como um ponto importante.

Os colegiados de curso são instâncias importantes para a tomada de decisões sobre o andamento de um curso, dirimindo problemas e democratizando o processo decisório entre todos os atores que fazem parte do seu processo de implementação. Assim, a ausência de representação das turmas descentralizadas no colegiado do CEMISF, seja de alunos ou coordenadores locais, pode ter sido prejudicial para estes atores do nível local.

Estes, alheios ao processo de decisão, não teriam a oportunidade de expor as características e problemas peculiares vividos por eles, certamente distintos dos vividos pelos alunos de Cuiabá (não contemplados neste estudo), que contavam com outra estrutura, já que faziam o curso nas dependências da ESPMT e tinham facilidade de acesso a muitos recursos que uma capital oferece, inclusive aos orientadores, grande maioria residente em Cuiabá. Recomenda-se que estes colegiados também sejam descentralizados, de modo que cada turma contasse com o seu, facilitando a gestão das questões referentes a cada turma e maior participação dos envolvidos.

O perfil dos alunos do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da

Família – Turmas de Barra do Garças, Cáceres, Tangará da Serra e Sinop, confirma o caráter de feminilização da força de trabalho em saúde apontado em trabalhos como o de Machado (2005, p. 21), cujos resultados apontam que: “A maioria da força de trabalho é feminina, representando hoje mais de 70% de todo o contingente (...)”.

Segue também os achados de outros estudos como o de Canesqui e Spinelli (2006) que, ao traçar o perfil de profissionais da Saúde da Família em Mato Grosso verificou a predominância de mulheres, e o de Gil (2005) em que as mulheres perfaziam 79,1% dos alunos de cursos de especialização em Saúde da Família analisados pela autora. Verifica-se ainda, que os alunos do CEMISF são mais maduros que os dos cursos analisados por Gil (2005). Como 17 destes profissionais (46%) têm entre 6 a 11 anos de formados, pode-se dizer que possuem certa experiência de atuação profissional, fator que pode corroborar para a qualidade da atenção juntamente com a qualificação específica conferida pelo curso.

A menor presença dos médicos, inclusive em relação aos odontólogos, também é observada no CEMISF, demonstrando que ainda existe dificuldade de atraí-los para especialidades no campo da saúde coletiva. Quanto aos odontólogos, verifica-se uma boa adesão e uma relação positiva entre os que começaram o curso e o concluíram integralmente como no caso da turma de Sinop onde, dos 07 matriculados, 05 se especializaram. Isto pode ser decorrente do crescimento da inserção desta categoria profissional na ESF em Mato Grosso e pelo fato de o curso ter representado uma rara oportunidade para estes profissionais de cursar uma especialização pública, já que grande parte dos cursos neste nível no estado é oferecida por instituições privadas.

Os enfermeiros permanecem em maioria, como também observado em outros estudos, indicando que esta categoria profissional parece continuar sendo a que mais tem buscado qualificação.

Observa-se que a grande maioria dos alunos egressos do CEMISF continua atuando em Equipes de Saúde da Família e a média de tempo de trabalho nesta área é superior a 7 anos, sendo que alguns referem ter vínculo com a SMS há mais de 10 anos. Isto aponta para uma fixação maior destes profissionais na estratégia e pode-se inferir que a rotatividade já não é mais um problema tão incisivo nestes municípios do interior do estado de Mato Grosso.

Este tempo de permanência dos profissionais na SF é superior ao encontrado no estudo de avaliação da implementação da Saúde da Família, realizado em dez grandes centros urbanos do país (Brasil, 2005), no qual também já se verificava um “índice de rotatividade não muito elevado, com base no percentual de integrantes da ESF com até 12 meses de atuação.”

A atuação dos orientadores auxiliando e motivando os alunos, se mostrou um fator de grande importância para a conclusão do curso pelos alunos. No entanto, a dificuldade de comunicação, condicionada especialmente pela característica do processo de orientação, o qual se deu à distância, foi o que mais prejudicou os alunos nesta etapa. Portanto, garantir que os alunos tenham encontros presenciais periódicos com os orientadores deve ser uma das prioridades ao se planejar qualquer curso de pós-graduação.

O apoio dos gestores também se mostrou fundamental, não só na liberação dos alunos para a participação nas aulas, como no apoio financeiro, na liberação para os estudos extra-classe e no incentivo à aplicação prática daquilo que é aprendido pelo profissional. Portanto, a articulação, o envolvimento destes atores no processo de implementação dos cursos desde o seu planejamento e o estabelecimento de parcerias é condição *sine qua non*.

Do mesmo modo, o investimento na implantação de tecnologias de ensino à distância seria um fator otimizador do processo de ensino-aprendizagem no âmbito da ESPMT, já que o estado de Mato Grosso possui dimensões continentais em que há grandes distâncias entre os municípios.

Mesmo acreditando que a promoção da mudança do modelo assistencial e a reorganização dos sistemas de saúde a partir da APS dependam não só da capacitação dos trabalhadores, mas de uma série de outros aspectos como políticas adequadas, gestão eficiente, recursos financeiros, estruturais e humanos (estes em quantidade e qualidade suficientes), entre outros, as opiniões positivas dos alunos egressos do CEMISF sobre sua contribuição para o desenvolvimento profissional levam a concluir que este tipo de intervenção deve ter continuidade e investimentos, ampliando seu acesso a mais profissionais de Saúde da Família no estado.

Passados os períodos de ampliação da estratégia, hoje vivemos uma época em que o objetivo principal deve ser qualificar o processo de trabalho das equipes na busca da

melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida da população. Neste contexto, a ESPMT tem um papel protagonista na realização de propostas educacionais capazes de imprimir resultados não só na prática profissional, como também na vida de indivíduos e famílias.

Portanto, monitorar e avaliar as próprias ações deve ser uma rotina na ESPMT, com o objetivo primordial de analisar criticamente como a instituição trabalha, conhecer os elementos que interferem na produção dos resultados esperados, refletir sobre os sentidos e a finalidade das atividades desenvolvidas, aumentar a capacidade técnica e pedagógica de professores e técnicos e, acima de tudo, tomar decisões oportunas, identificando os determinantes dos problemas e deficiências para atuar precocemente sobre eles (HORTALE & MOREIRA, 2008).

A construção e validação de instrumentos metodológicos e indicadores para avaliação de uma proposta de pós-graduação *lato sensu* possibilitadas nesta pesquisa podem ser o ponto de partida para a institucionalização de um programa de avaliação e monitoramento dos cursos desenvolvidos pela ESPMT que, posteriormente, sem dúvida incrementar-se-á com as contribuições de nossos pares.

Assim, espera-se que os achados desta avaliação sejam utilizados para aumentar a qualidade dos cursos de especialização, por meio da melhoria de seu processo de implementação, apontando elementos que norteiem as reestruturações necessárias e possa contribuir também com outras instituições de ensino em seus processos de avaliação de cursos, nos quais o método utilizado neste estudo possa ser adaptado e replicado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, RAT. Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Regiões Metropolitanas. Apresentação disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Apresenta%E7%E3o%20SEGETS%20Bras%EDlia%205%20Out%202005>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, LDA. 2009.

BERBEL, NAN. **A Problemática e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 2, 1998 (mimeo).

BERBEL, NAN. A Metodologia da **Problemática: um novo desafio para as licenciaturas**. In: BERBEL, NAN. Metodologia da Problemática: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. UEL, 1999, p. 193-196.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa**. Caderno do aluno. 2 ed. Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. (Sarah Escorel – coord.; Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro M. Senna). 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.

BRASIL. **Resolução 01/2007 de 08 de junho de 2007**, do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, 8 de junho de 2007, seção 1, p.9.

BRASIL. **Lei Nº 10.861, de 14 de abril de 2004** – Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos.

BUENO, F da S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. FTD. 2001.

CAMPOS, FE de. AGUIAR, RAT de. **A expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade**. In: Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília – DF: 2005.

CAMPOS, FE de. et al. **Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS**. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 38-51.

CAMPOS, GW de S. **Opinião - Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas**. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 52-56.

CAVALCANTI, R de A. **Andragogia: a aprendizagem nos adultos**. Jul/1999. Disponível em: <http://www.rau-tu.unicamp.br/nou-rau/ead/document/?view=2>.

CECCIM, RB. **Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva.** Bol. da Saúde, v. 14, n. 1, 1999-2000.

CYRINO, EG. TORALLES-PEREIRA, ML. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004. Disponível em: < Acesso em: 05/11/2008.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(3): 705-711. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. CHAMPAGNE, F. DENIS, J. PINEAULT, R. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos.** In: HARTZ, ZMA (Org). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

DEWEY, J. **Experiência e Educação.** Tradução de Anísio Teixeira. Capítulos I e II. 2 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.

ESPMT. **Plano de Curso - Especialização Modular e Integrada em Saúde da Família.** 2003.

ESPMT. **Plano de Curso - Especialização Modular e Integrada em Saúde da Família.** 2005.

FARAH, BF. PIERANTONI, CR. **A utilização da metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF.** 2003. Disponível em:

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 do município de Juiz de Fora/MG.** Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2006.

FONSECA, DM da. **Contribuições ao debate da pós-graduação *lato sensu*.** RBPG, v. 1, n. 2, nov. 2004. p.173-182. (mimeo)

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade.** 32ª reimpressão; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

_____, P. **Pedagogia do Oprimido.** 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____, P. **Educação e Mudança.** 30ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GIL, CRR. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas.** Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

HARTZ, ZMA. CAMACHO, LAB. **Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde.** Cad. Saúde Pública, 1996; 12 Supl 2:13-20.

HARTZ, ZMA. *et al.* **Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de**

Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, ZMA (Org). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HEIMANN, LS. MENDONÇA, MH. **A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade.** In: LIMA, NA et. al.(orgs.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HORTALE, VA. MOREIRA, COF. KOIFMAN, L. **Quality education evaluation: contribution to the discussion in the collective health area.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.4, 2004.

HORTALE, VA. MOREIRA, COF. **Auto-avaliação nos programas de pós-graduação na área da saúde coletiva: características e limitações.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(1): 223-233. 2008. (mimeo)

HORTALE, VA. KOIFMAN, L. **Programas de pós-graduação em Saúde Pública na Argentina e no Brasil: origens históricas e tendências recentes de processos de avaliação de qualidade.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.21, p.119-30, jan/abr 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 17/12/2008.

L'ABBATE, S. **Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2): 15-27, 1999.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2000 – 2003/** Redação e organização de Alice Maria Garcia Vaz, *et. al.* Cuiabá: SES, 2000.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Curso Integrado de Grandes Endemias.** Cuiabá: SES, 2001.

MATO GROSSO. Conselho Estadual de Educação. **Resolução Normativa Nº 311/2008, de 15 de julho de 2008.** Diário Oficial nº 24921, 17/09/2008. Disponível em: www.iomat.mt.gov.br.

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

MINAYO, MC de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

MINAYO, MC de S. ASSIS, SG de. SOUZA, ER de. (orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MINAYO, MC de S. **Avaliação da pós-graduação na área de saúde coletiva sob a perspectiva dos atores, da cultura, das tendências e das várias formas de expressão acadêmica.** Projeto de pesquisa. 2007. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=298> Acesso em 27/11/2008.

NATAL, S. *et al.* **Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudo de**

Casos na Amazônia Legal. Texto extraído de *Boletim de Pneumologia Sanitária*. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.91-109, 2004. In: SANTOS, EM dos (org.) *Dimensão Técnico-operacional: Unidade Didático-pedagógica: modelo lógico do programa*. Série Ensinando Avaliação, v.2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

PAIM, JS; NUNES, TCM. **Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1992 jul-set; 8 (3): 262-269.

PATTON, MQ. **Os desafios para tornar uma avaliação útil.** In: PATTON, MQ. *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text*, 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications. 1997. (mimeo)

PENAFORTE, JC. **John Dewey e as Raízes Filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas.** In: MAMEDE, S. PENAFORTE, JC (orgs). *Anatomia de uma nova abordagem educacional*. São Paulo: Ed. Hucitec; Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2001.

SANTOS, EM. dos; NATAL, S. CRUZ, MM. *Dimensão Técnico-operacional: Unidades Didático-pedagógicas: modelo teórico da avaliação*. Série Ensinando Avaliação, v.3, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

SAUPE, R. *et al.* **Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16 (4): 654-61.

SCHNEIDER, AL. **Pesquisa Avaliativa e melhoria da decisão política: evolução histórica e guia prático.** p. 311-328. In: SALM, José Francisco. HEIDEMANN, Francisco G. (orgs.) *Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009. 340p.

SCHÖN, DA. **Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

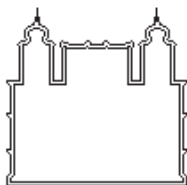
STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2 ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

VASCONCELLOS, MMM. **Aspectos Pedagógicos e Filosóficos da Metodologia da Problematização.** In: BERBEL, NAN. *Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações*. Londrina: Ed. UEL, 1999, p. 29-59.

WORTHEN, BR. SANDERS, JR. FITZPATRICK, JL. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Editora Gente, 2004.

YIN, RK. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

Anexo 1

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



QUESTIONÁRIO (ALUNOS)

No DO QUESTIONÁRIO:

|_|_|_|_|

DATA:/...../.....

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1) Leia atentamente as questões. Utilize letra legível e caneta preta ou azul para respondê-las.
- 2) É muito importante que você responda a todas as questões da forma mais completa possível.
- 3) A sua identificação não é obrigatória. O preenchimento do nº do questionário será feito pelo pesquisador.
- 4) Leia atentamente o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* anexo, não esquecendo de assiná-lo caso concorde em participar da pesquisa.

BLOCO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

1. **Sexo:** () 1. Masculino () 2. Feminino

2. **Ano de Nascimento:** |__|_|_|_|_|

3- Formação profissional:

- A- Médico
 B- Enfermeiro
 C- Odontólogo

4 - Qualificação profissional: (Assinale o último nível atingido)

- A- Graduação
 B- Especialização Em quê? _____
 C- Residência Em quê? _____
 D- Mestrado Em quê? _____
 E- Doutorado Em quê? _____

5- **Ano em que concluiu a graduação:** |_1_|_|9_|_|_|

6- Atualmente você possui vínculo(s) empregatício(s) com qual(is) instituição(ões) e há quanto tempo? (Assinale mais de uma alternativa, se necessário):

Tipo de instituição	Tempo de atuação (em anos)
() Secretaria Municipal de Saúde de _____	
() Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – SES/MT	
() Ministério da Saúde - MS	
() Universidade pública (especificar): _____	
() Instituição privada (especificar): _____	
() Outra instituição pública(especificar): _____	
() Não possui vínculo de emprego com nenhuma instituição pública ou privada	

7- Atualmente atua em equipe de Saúde da Família?

1. sim 2. não

Se afirmativo, há quanto tempo? _____

Local de trabalho: _____

BLOCO 2 – INSERÇÃO NO CURSO E DESEMPENHO PESSOAL

1- Como você ficou sabendo da realização do curso?

- A- informação divulgada através da internet
- B- divulgação pelo coordenador da atenção básica do seu município
- C- divulgação através do Escritório Regional de Saúde
- D- divulgação pela Escola de Saúde Pública de MT
- E- por colegas de trabalho
- F- por familiares e amigos externos ao serviço
- G- por outras formas. Especifique: _____

2 – Como você ingressou no curso?

- A- seleção pública através de prova e outras fases como entrevista e análise de currículo
- B- seleção interna no município
- C- indicação do gestor municipal
- D- outra forma. Especifique: _____

3- Por que você resolveu fazer o curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família - CEMISF? (*Admite-se mais de uma resposta*) [coloque em ordem (1-2-3-4-5), do mais importante (5) para o menos importante (1)]

- A- necessidade de adquirir mais habilidades e conhecimentos para melhorar sua prática
- B- solicitação de sua chefia imediata
- C- imposição de seus superiores
- D- oportunidade de melhoria salarial
- E- adquirir o status de especialista
- F- expectativa de equiparar sua titulação aos demais colegas especialistas
- G- outros. Especifique: _____

4 – Avalie o seu desempenho no curso em relação aos seguintes aspectos:

Aspecto	Desempenho			
	Ruim	Regular	Bom	Muito bom
Frequência e assiduidade				
Leitura dos textos indicados				
Participação nas aulas				
Dedicação extra aulas (leituras complementares)				
Relacionamento com os colegas de sua turma				
Relacionamento com os professores				
Relacionamento com a coordenação do curso				
Relacionamento com o orientador				
Relacionamento com o apoio administrativo do curso				
Capacidade de compatibilizar as atividades do trabalho com as do curso				

5- Como você avalia a sua dedicação pessoal ao curso?

- A- suficiente
- B- regular
- C- insuficiente

6 – Justifique sua resposta anterior.

7- Assinale os itens que identifiquem aspectos de seu investimento pessoal a partir do momento em que começou a fazer o curso:

- A- adquiriu computador com acesso à internet
- B- gastos financeiros para deslocamento e hospedagem a fim de participar das aulas
- C- adquiriu livros
- D- reorganização de agenda profissional
- E- Outros. Especifique: _____

BLOCO 3 – CONTEXTO POLÍTICO

1 - Que tipo de apoio você recebeu por parte dos gestores municipais para a realização do curso (assinale todos os tipos identificados)?

- A- Liberação para as aulas presenciais
- B- Liberação de outros momentos para estudos, pesquisa bibliográfica, realização de trabalhos

- C- disponibilização de acesso a computadores e internet
- D- Ajuda financeira para custeio de despesas com deslocamento, hospedagem
- E- proposta de valorização profissional aos que se qualificassem
- F- incentivo ao planejamento e implantação de melhorias e mudanças propostas pelos alunos no serviço
- G- Nenhum apoio
- H- Outro. Especifique: _____

BLOCO 4 – IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO

1 – Na sua opinião, a carga horária dos módulos foi:

- A- suficiente de um modo geral
- B- excessiva
- C- insuficiente de um modo geral
- D- insuficiente para alguns módulos. Quais? _____

2 – Você teve acesso ao cronograma do curso no início do mesmo?

1. sim 2. não

3 – O cumprimento do cronograma do curso foi:

- A- totalmente adequado, do início ao final do curso, sem mudanças de datas nos módulos
- B- parcialmente adequado havendo algumas mudanças no decorrer do curso
- C- inadequado, havendo muitas mudanças de datas nos módulos

4 – O material instrucional do curso (textos, apostilas, livros, etc.) foi disponibilizado:

- A- em quantidade suficiente e no tempo oportuno
- B- em quantidade suficiente, mas com atraso
- C- em quantidade insuficiente, mas no tempo oportuno
- D- em quantidade insuficiente e com atraso
- E- não foi disponibilizado

5- Quanto à apresentação do material instrucional:

- A- tinha boa apresentação, sendo legível e organizado

B- tinha apresentação razoável, às vezes pouco legível e com algumas falhas na organização

C- tinha péssima apresentação, sendo pouco legível e desorganizado

6 – Quanto à utilização do material instrucional durante as aulas:

A- foi plenamente utilizado

B- foi parcialmente utilizado

C- não foi utilizado

7- Quanto à utilização do material instrucional fora das aulas como fonte de pesquisa e atualização:

A- foi utilizado várias vezes

B- foi utilizado poucas vezes

C- não foi utilizado

8 – Como você avalia os conteúdos do material instrucional quanto à sua adequação às aulas:

A- adequados

B- parcialmente adequados

C- inadequados

9- Se você respondeu parcialmente adequados ou inadequados na questão anterior, justifique.

10 – Como você avalia os conteúdos do material instrucional quanto à sua relevância em relação às suas necessidades de aprendizado:

A- muito relevantes

B- parcialmente relevantes

C- irrelevantes em relação às suas necessidades na atuação em saúde da família

11- Se você respondeu parcialmente relevantes ou irrelevantes na questão anterior, justifique.

12- Assinale V para verdadeiro e F para falso nas afirmações abaixo, de acordo com suas percepções em relação à metodologia utilizada nas aulas:

() o processo de ensino-aprendizagem deu-se pela ênfase na abordagem dos problemas reais do contexto de atuação dos alunos.

() os conteúdos ministrados tinham relação com a realidade, propiciando uma discussão crítica e sempre se renovando e ampliando.

() você se sentiu o principal ator do processo, participando ativamente da construção do conhecimento.

() suas vivências e experiências não foram valorizadas nem consideradas no processo.

() o processo de ensino-aprendizagem deu-se principalmente por meio de estratégias de transmissão de conteúdos teóricos como palestras e aulas majoritariamente expositivas.

13 - Marque com um X suas impressões sobre a infra-estrutura do curso nos aspectos descritos no quadro abaixo:

a) Aspectos relacionados às salas de aula:	Adequado(a)	Parcialmente adequado(a)	Inadequado(a)
Iluminação/luminosidade			
Acústica			
Carteiras/cadeiras			
Clima/ temperatura			
Tamanho			

b) Aspectos relacionados aos recursos audiovisuais:	Adequado(a)	Parcialmente adequado(a)	Inadequado(a)	Não se aplica (no caso do recurso não ter sido utilizado)
Projetor multimídia ou <i>datashow</i>				
Computador				
Microfones				

14- Se você assinalou parcialmente adequado ou inadequado, justifique sua resposta:

15 – Marque com um X suas impressões sobre os locais de realização das aulas práticas:

	Adequado(a)	Parcialmente adequado(a)	Inadequado(a)
Capacidade para receber a quantidade de alunos planejada			
Acolhimento da equipe local			
Relação com o tema trabalhado			

16 – Se você assinalou parcialmente adequado ou inadequado, justifique sua resposta:

17 – Em relação a outros aspectos relacionados às condições de implementação do curso, qual a sua opinião sobre:

a) formato modular com aulas preferencialmente aos finais de semana:

- A- adequado
- B- parcialmente adequado
- C- inadequado

Se assinalou inadequado ou parcialmente adequado, justifique sua resposta.

b) desempenho dos professores do curso:

- A- adequado
- B- parcialmente adequado
- C- inadequado

Se assinalou inadequado ou parcialmente adequado, justifique sua resposta.

18 – Após quanto tempo do término do curso o certificado foi disponibilizado?

19 – Em relação a aspectos relacionados ao trabalho de conclusão de curso, qual a sua opinião sobre:

a) a modalidade exigida (formato monografia):

- A- adequado
- B- parcialmente adequado
- C- inadequado

Se assinalou inadequado ou parcialmente adequado, justifique sua resposta:

b) a forma como se deu a orientação:

- A- adequada
- B- parcialmente adequada
- C- inadequada

Se assinalou inadequada ou parcialmente adequada, justifique sua resposta:

c) o prazo para elaboração e entrega da monografia:

- A- adequado
- B- parcialmente adequado
- C- inadequado

Se assinalou inadequado ou parcialmente adequado, justifique sua resposta:

d) o desempenho do(a) orientador(a):

- A- satisfatório
- B- regular
- C- insatisfatório

Se assinalou regular ou insatisfatório, justifique sua resposta:

BLOCO 5 – EFEITOS DO CURSO

1 - Assinale o grau de importância de cada componente curricular do curso para a sua formação, no que diz respeito à contribuição delas para melhorar a sua atuação em Saúde da Família:

Componente curricular	Grau de importância		
	Pequena importância	Importância regular	Grande importância
Introdutório em Saúde da Família			
Básico em Saúde da Família			
Fundamentos da Atenção Primária			
Política Estadual, plano microrregional, e organização do sistema municipal de saúde			
Elementos de planejamento local e gerência de unidade de saúde da família			
Prática Baseada em evidência			
Introdução ao estudo dos Desenhos epidemiológicos			
Gestão da informação em saúde na atenção primária			
Atualização terapêutica em hipertensão arterial e diabetes mellitus			
Saúde do Adolescente em Atenção Primária			
Saúde da Mulher em Atenção Primária			
Saúde do Idoso em Atenção Primária			
Saúde Mental em Atenção Primária			
Urgência e Emergência em atenção Primária			
Aspecto de Saúde Bucal para Equipes de Saúde de Família			
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)			
Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose, Malária e Doença de Chagas			
Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com Hanseníase e Tuberculose			
Vigilância Epidemiológica e assistência ao paciente com DST/AIDS e HIV e hepatites.			

Vigilância Epidemiológica em Grandes Endemias para Cirurgiões Dentistas			
Odontologia para Inserção no Programa da Saúde da Família			
Aprimoramento das Habilidades Clínicas			
Fundamentos da Prática Clínica em Atenção Primária			
Seminário: Problemas prevalentes na área de abrangência das equipes			
Introdução à pesquisa científica para a elaboração de monografia			

2 – Dos componentes curriculares descritos acima, qual foi o que mais te marcou? Por quê?

3 - Em relação a qual dos componentes curriculares você ficou indiferente? Por quê?

4 - Você concluiu o curso com a entrega da monografia?

1. Sim (responda a questão 5) 2. Não (pule para a questão 6)

5 – A que fatores você atribui ter conseguido concluir a elaboração da monografia?

6 – Que fatores foram obstáculos para você concluir a monografia?

7 - Você acha que o curso contribuiu para melhorar a sua capacidade de resolver os problemas enfrentados no dia-a-dia de sua prática? Justifique.

8 – Na sua opinião, que fatores dificultaram a realização do curso?

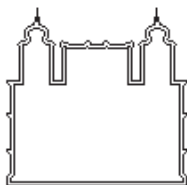
9 – Que fatores você considera que facilitaram a realização do curso?

BLOCO 6 – GESTÃO DO CURSO

1 – Marque com um X no quadro abaixo, suas impressões sobre aspectos da atuação do servidor da ESPMT que coordenou esse curso.

Aspectos	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Relacionamento interpessoal			
Capacidade de resolver problemas			
Apoio às atividades docentes			
Apoio aos alunos			
Perfil para a atividade de coordenação			

2 – Qual a sua opinião sobre a atuação do servidor do Escritório Regional de Saúde que apoiou a coordenação? Justifique.

Anexo 2

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



QUESTIONÁRIO (DOCENTES)

N^o DO QUESTIONÁRIO:

|_|_|_|_|

DATA:/...../.....

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1) Leia atentamente as questões. Utilize letra legível e caneta preta ou azul para respondê-las.
- 2) É muito importante que você responda a todas as questões.
- 3) A sua identificação não é obrigatória. O preenchimento do n^o do questionário será feito pelo pesquisador.
- 4) Leia atentamente o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* na pág. seguinte, não esquecendo de assiná-lo caso concorde em participar da pesquisa.

BLOCO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

1. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

2. **Ano de Nascimento:**

3. **Nível de escolaridade:**

- A- Ensino fundamental completo
 B- Ensino médio completo
 C- Ensino superior incompleto (cursando)
 D- Ensino superior incompleto (abandonado)
 E- Ensino superior completo
 F- Pós-graduação

4- **Formação profissional:**

- A- Médico
 B- Enfermeiro
 C- Odontólogo
 D- Administrador
 E- Psicólogo
 F- Assistente Social
 G- Farmacêutico
 H- Fisioterapeuta
 I- Fonoaudiólogo
 J- Outros. Especifique: _____

5- **Qualificação profissional:** *(Assinale o último nível atingido)*

- A- Graduação
 B- Especialização Em quê? _____ Ano de conclusão: _____
 C- Residência Em quê? _____ Ano de conclusão: _____
 D- Mestrado Em quê? _____ Ano de conclusão: _____
 E- Doutorado Em quê? _____ Ano de conclusão: _____
 E- Pós- doutorado Em quê? _____ Ano de conclusão: _____

6 – Na época de realização do curso, que tipo(s) de vínculo empregatício você mantinha? Com qual(is) instituição(ões)?

1- Assinale dentre os itens, os fatores que motivaram sua inserção na atividade docente neste curso (*Assinale, no máximo, 3 (três) opções de resposta, atribuindo os números 1 a 3, sendo 1 aquilo que o motivou menos e 3 o que o motivou mais*).

- A- Ganho salarial
- B- Já ter experiência em docência
- C- Obter experiência em docência
- D- Ter domínio de conhecimento na área de Saúde da Família
- E- Status do papel de docente
- F- Para ser liberado de outras atividades
- G- Afinidade com o tema
- H- Identificação com a atividade
- I- Outro. Especifique: _____

2- Modo pelo qual foi escolhido para a atividade de docência neste curso:

- A- Indicação da instituição de ensino executora do curso
- B- Seleção interna realizada na ESPMT
- C- Processo seletivo público
- D- Outro: _____

3- Possuía experiência de atuação prévia em Saúde da Família? (*Se a resposta for negativa, passe para a pergunta 5*).

- A- Sim
- B- Não

4- Em caso afirmativo, experiência de atuação em (*admita-se mais de uma resposta*):

- A- Equipes de Saúde da Família
- B- Coordenação de PSF
- C- Supervisão de PSF
- D- Docência em Saúde da Família

5- Sua dedicação à atividade de docência neste curso foi:

- A- Integral
- B- Parcial

C- Esporádica

6- Qual a carga horária dedicada semanalmente à atividade de docência neste curso?

7- Você conhecia o Plano Político Pedagógico da ESPMT ao iniciar sua atividade como docente?

A- Sim

B- Não

8- Você conhecia o plano de curso do CEMISF ao iniciar sua atividade como docente?

A- Sim

B- Não

9- Você participou da elaboração do referido plano de curso?

A- Sim

B- Não

10 - Era possível fazer mudanças no plano de curso quando o professor julgasse necessário?

A- Sim

B- Não

BLOCO 3 – IMPLEMENTAÇÃO

1- Na sua opinião, os conteúdos abordados no(s) módulo(s)/componente(s) curricular(es) que você ministrou, estavam adequados às necessidades impostas aos alunos pelo serviço? Justifique.

2- Na sua opinião, a carga horária do(s) módulo(s)/componente(s) curricular(es) que você ministrou foi suficiente? Por quê?

3 - Você participou da elaboração/organização do material instrucional (apostilas, textos, entre outros)?

A- Sim

B- Não

4 - O material instrucional do curso foi disponibilizado:

A- em quantidade suficiente e no tempo oportuno

B- em quantidade suficiente, mas com atraso

C- em quantidade insuficiente, mas no tempo oportuno

D- em quantidade insuficiente e com atraso

E- não foi disponibilizado

5- Quanto à apresentação do material instrucional:

A- tinha boa apresentação, sendo legível e organizado

- B- tinha apresentação razoável, às vezes pouco legível e com algumas falhas na organização
- C- tinha péssima apresentação, sendo pouco legível e desorganizado

6 – Quanto à utilização do material instrucional durante as aulas:

- A- foi plenamente utilizado
- B- foi parcialmente utilizado
- C- não foi utilizado

7 – Como você avalia os conteúdos do material instrucional quanto à sua adequação às aulas?

- A- adequados
- B- parcialmente adequados
- C- inadequados

8- Se você respondeu parcialmente adequados ou inadequados na questão anterior, justifique.

9 – Como você avalia os conteúdos do material instrucional quanto à sua relevância em relação às necessidades de aprendizado dos alunos?

- A- muito relevantes
- B- parcialmente relevantes
- C- irrelevantes

10- Se você respondeu parcialmente relevantes ou irrelevantes na questão anterior, justifique.

11- Marque com um X suas impressões sobre a infra-estrutura do curso nos aspectos descritos no quadro abaixo:

c) Aspectos relacionados às salas de aula:	Adequado(a)	Parcialmente adequado(a)	Inadequado(a)
Iluminação/luminosidade			
Acústica			
Carteiras/cadeiras			
Clima/ temperatura			
Tamanho			

d) Aspectos relacionados aos recursos audiovisuais:	Adequado(a)	Parcialmente adequado(a)	Inadequado(a)	Não se aplica (caso o recurso não tenha sido utilizado)
Projektor multimídia ou datashow				
Computador				
Microfones				

12- Se você assinalou parcialmente adequado ou inadequado, justifique sua resposta:

13 – Marque com um X suas impressões sobre os locais de realização das aulas práticas:

	Adequado(a)	Parcialmente adequado(a)	Inadequado(a)
Capacidade para receber a quantidade de alunos planejada			
Acolhimento da equipe local			
Relação com o tema trabalhado			

14 – Se você assinalou parcialmente adequado ou inadequado, justifique sua resposta:

15 – Qual a metodologia adotada no curso?

16 – Você tinha domínio da metodologia adotada?

A- Sim

B- Não

17 - Em relação ao trabalho de conclusão de curso, qual a sua opinião sobre:

a) a modalidade exigida (formato monografia)

A- adequada

B- parcialmente adequada

C- inadequada

Se assinalou inadequada ou parcialmente adequada, justifique sua resposta.

b) a forma como se deu a orientação:

A- adequada

B- parcialmente adequada

C- inadequada

Se assinalou inadequada ou parcialmente adequada, justifique sua resposta.

c) o prazo para elaboração e entrega da monografia:

A- adequada

B- parcialmente adequada

C- inadequada

Se assinalou inadequada ou parcialmente adequada, justifique sua resposta.

d) o desempenho do aluno orientando:

A- satisfatório

B- regular

C- insatisfatório

Se assinalou regular ou insatisfatório, justifique sua resposta:

e) número de alunos que você orientou no curso: _____

f) Quantos destes alunos concluíram a monografia e foram aprovados? _____

18 – Enumere as principais facilidades e dificuldades vividas no processo de implementação deste curso.

Facilidades:

Dificuldades:

BLOCO 4 – GESTÃO DO CURSO

1 - Houve algum tipo de acompanhamento pedagógico do curso pela ESPMT? Se sim, de que forma?

2 – Você participou de alguma estratégia de qualificação específica para docentes deste curso? (Em caso negativo passe para a pergunta 4).

A- Sim

B- Não

3- Se respondeu afirmativamente, de que forma?

A- Capacitação pedagógica

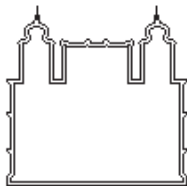
B- Capacitação técnica

C- Outra. Especifique: _____

4 – Marque com um X no quadro abaixo, suas impressões sobre aspectos da atuação do servidor da ESPMT que coordenou esse curso

Aspectos	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Relacionamento interpessoal			
Capacidade de resolver problemas			
Apoio às atividades docentes			
Apoio aos alunos			
Perfil para a atividade de coordenação			

5 – Qual a sua opinião sobre a atuação do servidor do Escritório Regional de Saúde que apoiou a coordenação? Justifique.

Anexo 3

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



QUESTIONÁRIO (COORDENADORES LOCAIS)

Nº DO QUESTIONÁRIO:

|_|_|_|_|_|

DATA:/...../.....

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1) Leia atentamente as questões. Utilize letra legível e caneta preta ou azul para respondê-las.
- 2) É muito importante que você responda a todas as questões.
- 3) A sua identificação não é obrigatória. O preenchimento do nº do questionário será feito pelo pesquisador.
- 4) Leia atentamente o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* na página seguinte, não esquecendo de assiná-lo caso concorde em participar da pesquisa.

BLOCO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

1. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

2. **Ano de Nascimento:**

3. **Nível de escolaridade:**

- A- Ensino fundamental completo
- B- Ensino médio completo
- C- Ensino superior incompleto (cursando)
- D- Ensino superior incompleto (abandonado)
- E- Ensino superior completo
- F- Pós-graduação

4. **Local de trabalho:** _____

5- **Formação profissional:**

- A- Médico
- B- Enfermeiro
- C- Odontólogo
- D- Administrador
- E- Psicólogo
- F- Assistente Social
- G- Farmacêutico
- H- Fisioterapeuta
- I- Fonoaudiólogo
- J- Outros. Especifique: _____

6- **Qualificação profissional:** *(Assinale o último nível atingido)*

- A- Graduação
- B- Especialização. Em quê? _____
- C- Residência. Em quê? _____
- D- Mestrado Em quê? _____
- E- Doutorado Em quê? _____

7- **Realizou processo de capacitação na área específica de Saúde da Família ou Saúde Coletiva/Pública?**

- A- Sim Qual? _____ Carga horária: _____
- B- Não

BLOCO 2 – ATIVIDADE DE COORDENAÇÃO

1 - Modo pelo qual foi escolhido para a coordenação do curso:

- A- Indicação da Instituição de Ensino executora do curso
- B- Indicação da Secretaria Estadual de Saúde (SES)
- C- Indicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
- D- Seleção interna realizada no Escritório Regional de Saúde
- E- Processo seletivo público
- F- Outro: _____

2- Possuía experiência de atuação prévia em Saúde da Família? *(Se a resposta for negativa, passe para a pergunta 4).*

- A- Sim B- Não

3- Em caso afirmativo, experiência de atuação em (admita-se mais de uma resposta):

- A- Equipes de Saúde da Família
- B- Coordenação de PSF
- C- Supervisão de PSF
- D- Docência em Saúde da Família

4- Possuía experiência na coordenação de outros cursos? *(Se a resposta for negativa, passe para a pergunta 6).*

- A- Sim B- Não

5- Em caso afirmativo, coordenação em quê? *(admita-se mais de uma resposta)*

- A- Capacitação
- B- Graduação
- C- Residência
- D- Especialização
- E- Mestrado
- F- Doutorado

6- Sua dedicação à atividade de coordenação foi:

- A- Integral
- B- Parcial
- C- Esporádica

7 - Você foi liberado de outras atividades que desenvolvia no ERS quando assumiu a atividade de coordenação?

A- Sim

B- Não

8 - Qual a carga horária dedicada semanalmente a esta atividade?

9- Sua participação na coordenação do curso foi:

A- Somente na fase de planejamento e organização

B- Em todo o processo de execução de uma turma, inclusive na concepção do projeto

C- Em todo o processo desta e de outras turmas oferecidas

D- Em momentos esporádicos da execução desta turma

10- Assinale dentre os itens, os fatores que motivaram sua inserção na coordenação *(Assinale, no máximo, 3 (três) opções de resposta, atribuindo os números 1 a 3, sendo 1 aquilo que o motivou menos e 3 o que o motivou mais).*

A- Ganho salarial

B- Obter experiência em coordenação de cursos

C- Ter domínio de conhecimento em área de Saúde da Família

D- Status do papel de coordenador

E- Para ser liberado de outras atividades

F- Afinidade com o tema

G- Identificação com a atividade

H-Outro.

Especifique: _____

11- Existiu remuneração para a função de coordenação?

A- Sim

B- Não

12- Descreva as atividades que você desenvolvia na coordenação do curso:

13 - Você conhecia o plano de curso (metodologia, matriz curricular, etc)?

A- Sim

B- Não

14 – Você acha importante conhecer o plano de curso para coordená-lo? Justifique.

15 – O que a sua participação na coordenação do CEMISF lhe trouxe de POSITIVO nos campos abaixo:

Profissional:

Pessoal:

16 – O que a sua participação na coordenação do CEMISF lhe trouxe de NEGATIVO nos campos abaixo:

Profissional:

Pessoal:

BLOCO 3 – IMPLEMENTAÇÃO

1 – O cumprimento do cronograma do curso foi:

A- totalmente adequado, do início ao final do curso, sem mudanças de datas nos módulos

B- parcialmente adequado havendo algumas mudanças no decorrer do curso

C- inadequado, havendo muitas mudanças de datas nos módulos

2 – Caso tenha respondido parcialmente adequado ou inadequado na questão anterior, justifique os motivos para o não cumprimento adequado do(s) cronograma(s).

3- Todos os componentes curriculares da matriz do curso foram oferecidos (inclusive os optativos)? Em caso de resposta negativa, por quê?

4 – De que maneira os alunos ingressaram no curso? (conte como foi o processo, a proporção de candidatos por vaga, se houve seleção ou indicação, entre outros aspectos).

5 – Que tipo de apoio houve por parte dos gestores municipais para a realização do curso (assinale todos os tipos identificados)?

A- Liberação para as aulas presenciais

B- Liberação de outros momentos para estudos, pesquisa bibliográfica, realização de trabalhos

C- disponibilização de acesso a computadores e internet

D- Ajuda financeira para custeio de despesas com deslocamento, hospedagem

E- proposta de valorização profissional aos que se qualificassem

F- incentivo ao planejamento e implantação de melhorias e mudanças propostas pelos alunos no serviço

G- Nenhum apoio

H- Outro. Especifique: _____

6 - Os tipos de apoio identificados na questão anterior (ou ausência dele) aconteceram em todos os municípios? Explique.

7 – Os alunos tinham acesso a um acervo bibliográfico (biblioteca) no nível local?

A- Sim

B- Não

8 – Havia disponibilidade de apoio logístico e administrativo local para o curso?

A- Sim

B- Não

9 - A coordenação da ESPMT realizava acompanhamento *in loco* durante a realização do curso?

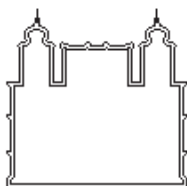
- A- Sim, freqüentemente
- B- Sim, esporadicamente
- C- Não

10 – Em caso de resposta afirmativa à questão anterior, em que consistia este acompanhamento?

11 – Enumere as principais facilidades e dificuldades vividas no processo de implementação deste curso.

Facilidades:

Dificuldades:



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



QUESTIONÁRIO (COORDENADOR CENTRAL)

N^o DO QUESTIONÁRIO:

|_|_|_|_|

DATA:/...../.....

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1) Leia atentamente as questões. Utilize letra legível e caneta preta ou azul para respondê-las.
- 2) É muito importante que você responda a todas as questões.
- 3) A sua identificação não é obrigatória. O preenchimento do n^o do questionário será feito pelo pesquisador.
- 4) Leia atentamente o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* na pág. seguinte, não esquecendo de assiná-lo caso concorde em participar da pesquisa.

BLOCO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

1. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

2. **Ano de Nascimento:** |__|_|_|_|_|

3. **Nível de escolaridade:**

- A- Ensino fundamental completo
 B- Ensino médio completo
 C- Ensino superior incompleto (cursando)
 D- Ensino superior incompleto (abandonado)
 E- Ensino superior completo
 F- Pós-graduação

4- **Formação profissional:**

- A- Médico
 B- Enfermeiro
 C- Odontólogo
 D- Administrador
 E- Psicólogo
 F- Assistente Social
 G- Farmacêutico
 H- Fisioterapeuta
 I- Fonoaudiólogo
 J- Outros. Especifique: _____

5- **Qualificação profissional:** *(Assinale o último nível atingido)*

- A- Graduação
 B- Especialização. Em quê? _____
 C- Residência. Em quê? _____
 D- Mestrado Em quê? _____
 E- Doutorado Em quê? _____

6- **Realizou processo de capacitação na área específica de Saúde da Família ou Saúde Coletiva/Pública?**

- A- Sim Qual? _____ Carga horária _____
 B- Não

7- **Possuía experiência de atuação prévia em Saúde da Família?** *(Se a resposta for negativa, passe para a pergunta 9).*

- A- Sim B- Não

8- Em caso afirmativo, experiência de atuação em (*admite-se mais de uma resposta*):

- A- Equipes de Saúde da Família
- B- Coordenação de PSF
- C- Supervisão de PSF
- D- Docência em Saúde da Família

9- Possuía experiência na coordenação de outros cursos? (*Se a resposta for negativa, passe para o próximo bloco*).

- A- Sim
- B- Não

10- Em caso afirmativo, coordenação em que (*admite-se mais de uma resposta*)?

- A- Capacitação
- B- Graduação
- C- Residência
- D- Especialização
- E- Mestrado
- F- Doutorado

BLOCO 2 – ATIVIDADE DE COORDENAÇÃO

1- Modo pelo qual foi escolhido para a coordenação central do curso:

- A- Indicação da Instituição de Ensino executora do curso
- B- Indicação da Secretaria Estadual de Saúde (SES)
- C- Seleção interna realizada na ESPMT
- D- Processo seletivo público
- E- Outro: _____

2- Assinale dentre os itens, os fatores que motivaram sua inserção na coordenação (*Assinale, no máximo, 3 (três) opções de resposta, atribuindo os números 1 a 3, sendo 1 aquilo que o motivou menos e 3 o que o motivou mais*).

- A- Ganho salarial
- B- Ter experiência em coordenação
- C- Obter experiência em coordenação de cursos
- D- Ter domínio de conhecimento em área de Saúde da Família
- E- Status do papel de coordenador

F- Para ser liberado de outras atividades

G- Afinidade com o tema

H- Identificação com a atividade

I- Outro. Especifique: _____

3 - Sua dedicação à atividade de coordenação foi:

A- Integral

B- Parcial

C- Esporádica

4- Qual a carga horária dedicada semanalmente esta atividade?

5- Existiu remuneração para a função de coordenação?

A- Sim

B- Não

6 - As atividades de coordenação eram sua prioridade?

A- Sim

B- Não

7 - Sua participação na coordenação do curso foi:

A- Somente na fase de planejamento e organização

B- Em todo o processo de execução de uma turma, inclusive na concepção do projeto

C- Em todo o processo, desde a concepção do projeto, desta e de outras turmas oferecidas

D- Em momentos esporádicos da execução desta turma

E- Outros.

Especifique: _____

8 – Descreva as atividades que você desenvolvia na coordenação do curso:

9 – O que a sua participação na coordenação do CEMISF lhe trouxe de POSITIVO nos campos profissional e pessoal?

10 – O que a sua participação na coordenação do CEMISF lhe trouxe de NEGATIVO nos campos profissional e pessoal?

BLOCO 3 – FINANCIAMENTO

1 - Qual o grau de autonomia da ESPMT na gestão dos recursos financeiros destinados à realização do curso? Explique.

2- Os recursos financeiros para a realização dos cursos foram suficientes?

A- SimB- Não**3 - O curso foi financiado com:**A- recursos do estado de Mato GrossoB- recursos oriundos de convênio celebrado com o Ministério da SaúdeC- Outros. Quais? _____

BLOCO 4 – CONTEXTO POLÍTICO

1 - Na sua opinião, o curso foi uma ação prioritária para a instituição? Justifique sua resposta.

2 – Foi necessário estabelecer algum tipo de acordo e ou parceria para a realização do curso? Se sim, em que as parcerias se consistiam e com que instâncias foram firmados(as)?

BLOCO 5 – IMPLEMENTAÇÃO

1 – O cumprimento do(s) cronograma(s) do curso foi:

A- totalmente adequado, do início ao final do curso, sem mudanças de datas nos módulosB- parcialmente adequado havendo algumas mudanças no decorrer do cursoC- inadequado, havendo muitas mudanças de datas nos módulos

2 – Caso tenha respondido parcialmente adequado ou inadequado na questão anterior, justifique os motivos para o não cumprimento adequado do(s) cronograma(s).

3 - Todos os componentes curriculares da matriz do curso foram oferecidos (inclusive os optativos)? Em caso de resposta negativa, por quê?

4 – De que maneira os alunos ingressaram no curso? (conte como foi o processo, a proporção de candidatos por vaga, se houve seleção ou indicação, entre outros aspectos).

5 - Os docentes do curso participaram da elaboração do material instrucional do curso (textos, apostilas, etc.)?

A- Sim

B- Não

6 – O material instrucional foi elaborado de acordo com a metodologia adotada pelo curso (problematização)?

A- Sim

B- Não

7 - De que maneira foram escolhidos os docentes do curso?

A- indicação da instituição responsável pela execução do curso

B- processo seletivo interno entre servidores da ESPMT e SESMT

C- processo seletivo aberto ao público em geral

D-

outra(s).

Especifique: _____

8 - Assinale os critérios adotados na escolha dos docentes do curso (*admite-se assinalar mais de uma alternativa*):

A- Ser docente da instituição de ensino responsável pelo curso

B- Ser docente de uma instituição de ensino superior

C- Docente da área de saúde pública/coletiva

D- Docente com experiência de trabalho em Saúde da Família

E- Expertise em área específica

F- Trabalhador da rede de serviços de saúde que atue em Saúde da Família

G- Indicação política

H- Disponibilidade de carga horária

I- Não houve critério específico

J- Desempenho adequado em prova didática

L- Desempenho adequado em entrevista

M

–

Outro(s).

Especifique: _____

9 - Os docentes tinham conhecimento do projeto político pedagógico da instituição?

A- Sim

B- Não

10 - Os docentes tinham conhecimento do Plano ou Projeto do curso?

A- Sim

B- Não

11 - Houve estratégia de qualificação específica para os docentes do curso? (Em caso negativo passe para a pergunta 12).

A- Sim

B- Não

12 - Se respondeu afirmativamente, de que forma?

A- Capacitação pedagógica

B- Capacitação técnica

C- Outra. Especifique: _____

13 - Cada turma contava com apoio logístico e administrativo local?

A- Sim

B- Não

14 – Houve agilidade no processo de certificação dos alunos? Por quê?

15 – Enumere as principais facilidades e dificuldades vividas no processo de implementação deste curso.

BLOCO 6 – GESTÃO DO CURSO

1 – Havia colegiados de curso? Se a resposta for afirmativa, descreva como era seu funcionamento (frequência de reuniões, composição, tipos de assuntos tratados, etc.).

2 – A coordenação da ESPMT realizava acompanhamento *in loco* durante a realização do curso?

A- Sim, frequentemente

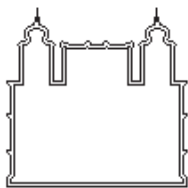
B- Sim, esporadicamente

C- Não

3 - Houve algum tipo de acompanhamento pedagógico do curso pela ESPMT? Se sim, de que forma?

4 - Você considera importante este acompanhamento? Justifique.

Anexo 5



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Roteiro para a entrevista com gestor da ESPMT

Dimensão: Prioridade da intervenção

- Este curso era considerado uma atividade prioritária no contexto político da época de sua implementação? Justifique.

Dimensão: Implementação

- Na sua opinião, existiram dificuldades na implementação do curso? Quais foram?
- E facilidades? Comente.
- Quais os pontos positivos do curso?
- Quais os pontos negativos?

Anexo 6

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Dimensão – Implementação

Plano de curso – Metodologia adotada no curso descrita no plano/projeto: _____

Existência de cronograma para todas as turmas: 1. sim 2. não

O cronograma foi cumprido? _____

Material instrucional

Documentos a serem analisados: apostilas elaboradas para o curso.

Critérios a serem verificados:

1. Legibilidade – impressão de boa qualidade, em letras com tamanho adequado?
2. Problematização – o conteúdo das apostilas favorece uma abordagem problematizadora, apresentando atividades como estudos de caso, análises de problemas, entre outros?

Docentes – documentos a serem analisados: currículos dos docentes; edital de seleção de docentes para o curso (critérios para seleção e mecanismos utilizados para tal):

1. Prova didática 2. Análise de currículo 3. Entrevista

Titulação dos docentes do curso:

Especialistas		Mestres		Doutores	
Nº	%	Nº	%	Nº	%