

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ISABEL CRISTINA HENTGES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA *ON-LINE* SOBRE ACOLHIMENTO:
COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Porto Alegre
2014**

ISABEL CRISTINA HENTGES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA *ON-LINE* SOBRE ACOLHIMENTO:
COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo

**Porto Alegre
2014**

CIP - Catalogação na Publicação

Hentges, Isabel Cristina

Intervenção educativa on-line sobre acolhimento:
competências desenvolvidas por uma equipe de saúde
da família / Isabel Cristina Hentges. -- 2014.
104 f.

Orientadora: Ana Luisa Petersen Cogo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem . 2. Saúde da família. 3. Educação a
distância. 4. Acolhimento. 5. Competência
profissional. I. Cogo, Ana Luisa Petersen, orient.
II. Título.

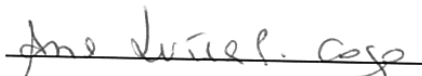
ISABEL CRISTINA HENTGES

Intervenção educativa on-line sobre acolhimento: competências desenvolvidas por uma equipe de saúde da família.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 09 de abril de 2014.

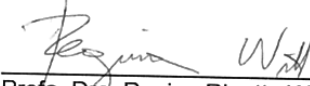
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro da banca

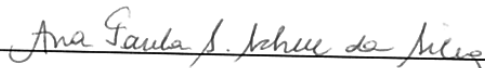
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Paula Scheffer Schell da Silva

Membro da banca

UFCSPA

AGRADECIMENTOS

- À minha Professora e Orientadora Ana Luísa Petersen Cogo que foi uma grande parceira para a realização deste sonho e que nunca mediu esforços para me orientar, tendo sempre muita paciência comigo durante estes dois anos.
- À Instituição Hospital Moinhos de Vento, em nome do Doutor Luiz Mattia, o qual concedeu a minha liberação para me ausentar das minhas atividades na Instituição para cursar o Mestrado e também por permitir a realização do estudo em uma das Unidades de Saúde da respectiva Instituição.
- À Equipe de Saúde da Família Chapéu do Sol, os quais foram pacientes e me compreenderam em muitos momentos desta trajetória, principalmente nos períodos nos quais eu estava ausente do local de trabalho.
- À Equipe de Saúde da Família Núcleo Esperança pelo esforço e dedicação dispensada à presente pesquisa.
- Às bolsistas de pesquisa Jamile Durló e Julia Diniz pelo empenho e dedicação durante a execução da pesquisa.
- Aos membros da banca: Dra. Regina Witt, Dra. Miriam Almeida e Dra. Ana Schell.
- Aos meus colegas mestrados do PPG-ENF pelo acolhimento durante este período no qual eu frequentava as aulas e já tinha que retornar ao trabalho, sem ter muito tempo para fazer trocas com os colegas.
- Aos Professores das disciplinas que cursei, os quais muitas vezes não deveriam entender o motivo pelo qual eu participava da aula e já saía correndo para pegar o ônibus e ir para o trabalho na Zona Sul da cidade.
- Aos meus colegas da Responsabilidade Social que me recepcionaram no período noturno no qual eu tinha que compensar horário de trabalho.
- À minha família, minha mãe Terezinha, Seu João Lauro, minha irmã Ana Luisa, cunhado Maurício e tia Maria, muito obrigado pelo apoio, incentivo e também por me compreenderem nos momentos de maior preocupação com as atividades do mestrado e do meu trabalho.
- Ao meu namorado Osvaldo, o qual foi grande parceiro e incentivador, que me levava para casa quando tinha que ficar à noite trabalhando, e que teve uma enorme paciência e compreensão nos momentos que tive que ficar ausente para estudar.

- Ao meu terapeuta Paulo, que me ajudou a encontrar o equilíbrio e a calma para a realização das inúmeras atividades que me cabiam nestes dois anos de mestrado e coordenação de uma equipe de saúde.

- Aos meus amigos que inúmeras vezes me ligavam e me escreviam convidando para sair e eu muitas vezes não podia, pois tinha que estudar.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

HENTGES, Isabel Cristina. **Intervenção educativa on-line sobre acolhimento:** competências desenvolvidas por uma equipe de saúde da família. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

O presente estudo teve como objetivo identificar as competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em uma intervenção educativa *on-line* sobre acolhimento. O estudo qualitativo do tipo estudo de caso foi desenvolvido com 17 profissionais de uma Equipe de Saúde da Família no Município de Porto Alegre. A intervenção educativa sobre acolhimento foi desenvolvida a partir de atividades realizadas no ambiente virtual de aprendizagem *Moodle* de outubro a dezembro de 2013, tendo 12,5 horas de duração divididas em quatro módulos. A partir da intervenção educativa, a caracterização dos participantes constituiu os primeiros dados para análise e discussão. A segunda etapa de coleta de dados foi realizada por meio de duas entrevistas grupais semiestruturadas com a participação de sete profissionais em cada uma. Os dados foram gravados, posteriormente transcritos, organizados, processados com o *software* NVivo9® e analisados segundo técnica de análise temática. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFRGS e pelo Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento (CAAE 12552613.6.0000.5347). Da segunda etapa de coleta de dados, emergiram os seguintes temas: *Avaliação e Possibilidades de Atividades em Educação a Distância, Contexto do Processo de Trabalho da Atenção Básica e Competências acerca do Acolhimento*. A avaliação da atividade de educação a distância esteve relacionada ao acesso a informações e reflexões da prática, possibilitando aos participantes a obtenção de novos conhecimentos; o uso do ambiente virtual de aprendizagem possibilitou conhecer a opinião do colega. A educação a distância foi avaliada como difícil, pois exigia do participante organização do tempo e disciplina para a realização das atividades a fim de concretizar uma aprendizagem efetiva e de qualidade. A aprendizagem no grupo pesquisado esteve relacionada ao modelo tradicional de ensino a partir de relatos da necessidade de encontros presenciais e à priorização desses encontros, mesmo em um ambiente que possibilitava o acesso às tecnologias da informação e comunicação. A tímida interação entre os participantes e a exposição de ideias sem debates no *Moodle* também denotaram a dificuldade de ruptura paradigmática ao apresentar a esses profissionais da saúde a mediação tecnológica na educação e o trabalho colaborativo e autônomo. As possibilidades de educação a distância sugeridas concentraram-se em realização de módulos curtos; atividades de leitura de artigo/vídeo seguidas de perguntas e respostas, com ou sem fórum para a discussão de dúvidas sobre o tema; com flexibilização do cronograma de atividades; preferencialmente sem interação e com encontros presenciais e a distância. O contexto do processo de trabalho esteve relacionado a carga de trabalho excessiva, manutenção do modelo médico-centrado por parte dos usuários e dificuldades de discussão dos processos de trabalho na equipe. As competências desenvolvidas sobre acolhimento estiveram relacionadas ao conhecimento seguido das atitudes. As habilidades, por constituírem-se competências que necessitam mobilizar o conhecimento e a atitude, não foram tão fortemente evidenciadas, pois acredita-se que seja necessário um período de tempo maior para as mesmas serem identificadas nas práticas do acolhimento.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da família. Educação a distância. Acolhimento. Competência profissional.

ABSTRACT

HENTGES, Isabel Cristina. **On-line educational intervention about user embracement: competencies developed by a family health team.** 2014. 104 f. Dissertation (Master in Nursing) –School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

This study aims to identify the skills developed by a Family Health Team following the participation in an on-line educational intervention about user embracement. The qualitative study, case study type, was developed with 17 professionals of a Family Health Team, in the municipality of Porto Alegre. The educational intervention about user embracement was developed with activities in the learning management system Moodle and was conducted from October to December of 2013, with 12.5 hours of duration, divided into four phases. The initial data for analysis and discussion, such as the characterization of the participants was collected with the educational intervention. The second stage of data collection was carried through with two group semi-structured interviews, with the participation of seven professionals in each one of them. The data was recorded, subsequently transcribed, organized, processed with NVivo9 ® software and analyzed using the thematic analysis procedure. The research was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and the Ethics Committee of the Moinhos de Vento Hospital (CAAE 12552613.6.0000.5347). In the second phase of data collection, the following topics were identified: *Evaluation and Possible Activities in Distance Education, Context of the Work Process in Primary Care and Skills for User Embracement*. The evaluation of the activity of distance education is related to the access to information and considerations concerning the practice, allowing participants to obtain new knowledge; the use of virtual learning environment allowed professionals to know the opinion of their colleagues. The distance education was evaluated as difficult by the participants, since it required organization of time and discipline to carry out activities, with the purpose to achieve an effective and quality learning. The learning process in the studied group was related to the traditional model of teaching, based on reports, in need of face-to-face meetings and giving priority to these meetings, even in an environment with free access to information and communication technologies. The poor interaction among the participants and the exhibition of ideas without discussions in Moodle also revealed the difficulty in breaking paradigms when presenting, to these health professionals, the technology mediation in education and the collaborative and autonomous work. The suggested possibilities of distance education focused on the use of short training phases; activities of reading articles and watching videos, followed by questions and answers, with or without forum for discussion of questions on the subject; flexibility in the schedule of activities, preferably without interaction and with onsite and distance meetings. The context of the work process was related to the excessive workload, to the maintenance of the medical-focused model and to the difficulties of discussion about the work processes in the team. The competencies developed about user embracement were related to knowledge followed by attitudes. The skills, because they need to mobilize knowledge and attitude, were not as obvious, since it is believed that a long period of time is necessary to identify them in the practices of reception.

Keywords: Nursing. Family health. Education, distance. User embracement. Professional competence.

RESUMEN

HENTGES, Isabel Cristina. **Intervención educativa on-line sobre la acogida:** competencias desarrolladas por un Equipo de Salud de Familia. 2014. 104 f. Tesis (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

El presente estudio pretende identificar las habilidades desarrolladas por un Equipo de Salud de Familia tras su participación en una intervención educativa *on-line* sobre acogida. El estudio cualitativo, del tipo estudio de caso, fue desarrollado con 17 profesionales de un Equipo de Salud de Familia, en el municipio de Porto Alegre. La intervención educativa sobre acogida se efectuó durante las actividades realizadas en el entorno virtual de aprendizaje Moodle y se llevó a cabo de octubre a diciembre de 2013, con 12.5 horas de duración, divididas en cuatro módulos. A partir de la intervención educativa, se constituyeron los primeros datos para el análisis y discusión, como la caracterización de los participantes. La segunda etapa de colecta de datos se realizó a través de dos entrevistas de grupo semi-estructuradas, con la participación de siete profesionales en cada una de ellas. Se registraron los datos, posteriormente transcritos, organizados, procesados con el software NVivo9 ® y analizados mediante análisis temático. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la UFRGS y el Comité de Ética del Hospital Moinhos de Vento (CAAE 12552613.6.0000.5347). De la segunda fase de recolección de datos, surgieron los siguientes temas: *Evaluación y posibles Actividades en la Educación a Distancia, Contexto del Proceso de trabajo de Atención Primaria y Habilidades en la Acogida*. La evaluación de la actividad de la educación a distancia se relaciona con el acceso a la información y reflexiones de la práctica, lo que permite a los participantes obtener nuevos conocimientos, el uso del entorno virtual de aprendizaje permite conocer la opinión de los compañeros. La educación a distancia fue evaluada como difícil, porque exige al participante la organización del tiempo y disciplina para llevar a cabo las actividades, con la finalidad de lograr un aprendizaje eficaz y de calidad. El aprendizaje en el grupo estudiado se relacionó con el modelo tradicional de enseñanza, basado en informes, en necesidad de reuniones presenciales y dando prioridad a estas reuniones, incluso en un ambiente que facilita el acceso a las tecnologías de información y comunicación. La escasa interacción entre los participantes y la exposición de ideas sin debates en *Moodle* también indican la dificultad para la ruptura de paradigmas al presentar a estos profesionales de la salud la mediación tecnológica en la educación y el trabajo colaborativo y autónomo. Las posibilidades de educación a distancia sugeridas se centraron en la realización de módulos cortos; actividades de lectura de artículos y vídeos, seguido de preguntas y respuestas, con o sin foro, para la discusión de preguntas sobre el tema; flexibilidad en el calendario de actividades, preferentemente sin interacción y encuentros presenciales y a distancia. El contexto del proceso de trabajo estuvo relacionado con la carga de trabajo excesiva, mantenimiento del modelo médico-centrado en los usuarios y las dificultades de discusión de los procesos de trabajo en equipo. Las habilidades desarrolladas sobre acogida estuvieron relacionadas al conocimiento seguido de las actitudes. Las habilidades, al construir destrezas que necesitan movilizar el conocimiento y la actitud, no fueron tan evidentes, pues se cree que es necesario un largo periodo de tiempo para identificarlas en las prácticas del acogida.

Palabras clave: Enfermería. Salud de la familia. Educación a distancia. Acogimiento. Competencia profesional.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização dos participantes do estudo, Porto Alegre, 2014.....	39
TABELA 2 - Conhecimento dos Participantes sobre Informática, Porto Alegre, 2014.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EAD – Educação a Distância

ESF – Equipe de Saúde da Família

Moodle - Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVO.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1	Atenção Básica em Saúde	17
3.2	Qualificação e Aperfeiçoamento Profissional	20
3.3	Desenvolvimento de Competências para a Qualificação do Trabalho.....	24
4	METODOLOGIA.....	27
4.1	Tipo de Estudo.....	27
4.2	Campo de Estudo.....	27
4.3	Participantes do Estudo.....	28
4.4	Intervenção Educativa sobre Acolhimento	29
4.5	Coleta de Dados.....	34
4.6	Análise dos Dados.....	35
4.7	Considerações Bioéticas.....	35
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	37
5.1	Caracterização dos Participantes	37
5.2	Análise do Desenvolvimento e Avaliação da Intervenção Educativa	42
5.3	Avaliação e Possibilidades de Atividades em Educação a Distância	48
5.4	Competências desenvolvidas sobre Acolhimento	63
5.4.1	Contexto do Processo de Trabalho da Atenção Básica	63
5.4.2	Competências acerca do Acolhimento	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
6.1	Recomendações para a Assistência, o Ensino e a Pesquisa	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE A – Perguntas Norteadoras da Entrevista de Grupo.....	93
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	94
	APÊNDICE C -Termo de Ciência do Responsável pelo Banco de Dados	96

APÊNDICE D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	97
APÊNDICE E - Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz..	99
ANEXO 1- Ofício de Ciência de Desenvolvimento do Estudo.....	100
ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP.....	101
ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP da Instituição Coparticipante.....	103

1 INTRODUÇÃO

A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS) possuem como desafio a integração das atividades de aperfeiçoamento com as assistenciais, pois estas exigem cada vez mais tempo e atendimento de novas demandas. Nesse contexto, o papel das instituições de saúde é fundamental para que possa ocorrer o desenvolvimento e o acompanhamento de ações educativas, com o objetivo de atender as necessidades dos trabalhadores e a melhoria do cuidado (BRASIL, 2009).

As políticas nacionais para a consolidação do SUS estão promovendo mudanças gradativas na Atenção Básica, com enfoque na implantação da Estratégia de Saúde da Família, por meio de atividades de qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais orientados pela Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003, 2011c).

A Política de Educação Permanente em Saúde busca agregar o aprendizado, a reflexão crítica sobre o trabalho, a resolutividade da clínica e a promoção da saúde coletiva, objetivando estabelecer mudanças nas práticas de formação e da saúde com a construção da integralidade da atenção de saúde (BRASIL, 2004b). A concepção de educação permanente defende que as atividades educativas devem ser orientadas pelas necessidades levantadas junto aos profissionais durante o processo de trabalho, além de ter como pressuposto uma aprendizagem significativa a fim de melhorar a qualidade do cuidado (BRASIL, 2007a, 2011c; PESSANHA; CUNHA, 2009; SILVA; PEDUZZI, 2011; TESSER et al., 2011; ZAYAS, 2012). Esses princípios norteadores devem estar pautados nas práticas dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, sendo este o diferencial de cursos de capacitação desenvolvidos nas propostas de educação em serviço.

A formação profissional no ambiente de trabalho pode ocorrer tanto por meio da educação permanente como da educação continuada. A educação continuada é desenvolvida levando em consideração as necessidades de aperfeiçoamento, partindo da teoria para o cenário das práticas, enquanto a educação permanente propõe o inverso (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, torna-se fundamental repensar as atividades educativas desenvolvidas nas instituições de saúde, ampliando seu foco ao considerar os interesses e as experiências dos profissionais de saúde. Devido às

diferentes concepções teóricas sobre os conceitos de educação permanente e continuada, opta-se neste estudo pela utilização do termo educação em serviço.

Essas ações de articulação entre ensino e trabalho objetivam reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho, mas necessitam de infraestrutura e de apoio das instituições (LEMOS; FONTOURA, 2009). Como alternativa para o aperfeiçoamento no próprio ambiente de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica, podem ser propostas atividades educativas utilizando recursos de mídias digitais, como, por exemplo, a educação a distância com métodos ativos de aprendizagem. Este referencial pedagógico pretende resgatar as vivências dos participantes e o debate crítico de propostas que possam ser incorporadas no processo de trabalho.

A utilização da educação a distância como estratégia para desenvolver atividades de aperfeiçoamento com profissionais da rede básica no Brasil demonstrou-se exitosa (GARCIA; BAPTISTA, 2007; PAIM; ALVES; RAMOS, 2009; FARIA; DAVID, 2010). Os recursos da educação a distância possibilitam que o profissional permaneça no local de trabalho realizando as atividades, bem como promovem atividades colaborativas e de trocas, integrando a equipe de profissionais. A tríade conhecimento, habilidade e atitude remete ao desenvolvimento de competências e à capacidade de aprender a aprender dos profissionais de saúde, fatores estes importantes para o desempenho profissional (FERNANDES et al., 2012). Acredita-se que tais objetivos possam ser alcançados por atividades mediadas pelo computador e orientadas por métodos ativos de aprendizagem, os quais oportunizam a interação efetiva entre os participantes.

Assim, nos quatro anos que desenvolvo atividades profissionais em uma Equipe de Saúde da Família, observo que a formação profissional possui fragilidades, como o desconhecimento da dimensão do Sistema Único de Saúde (SUS). Como exemplo, pode-se citar a Política Nacional de Humanização criada em 2004 (BRASIL, 2004a) e, mais recentemente, a implementação do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, a qual se tornou mais intensa a partir deste ano nas Equipes de Saúde da Família do Município de Porto Alegre, sendo esta pouco conhecida por grande parte dos profissionais de saúde. Por isso, considera-se que há necessidade de formação contínua, visto que as políticas públicas de saúde são complexas, não sendo de fácil compreensão,

e possuem atualizações periódicas em função das mudanças no perfil de saúde da população.

Quando o profissional de saúde não consegue acompanhar a atualização das políticas de saúde, não supera o modelo centrado na doença e não consegue compreender as propostas orientadoras do SUS. Para enfrentar essas dificuldades, as mudanças nas práticas devem contemplar os diversos profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família, de forma a efetivar essas políticas. O ambiente de trabalho é um local que pode propiciar a realização dessas atividades, como as Unidades de Saúde da Família conveniadas à Associação Hospitalar Moinhos de Vento, as quais possuem recursos de tecnologia da informação e comunicação, no caso computadores e rede de *internet*, em praticamente todas as salas, o que possibilitaria uma atividade de aprendizagem mediada por computador no próprio ambiente de trabalho.

Frente ao exposto, questionou-se quais seriam os conhecimentos, as habilidades e as atitudes desenvolvidos pelos profissionais de Equipe de Saúde da Família participantes de uma intervenção educativa na modalidade a distância. O tema proposto para a intervenção educativa foi o acolhimento.

Como enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família escuto nas reuniões de grupo o relato dos profissionais sobre a necessidade de aprofundar e debater o acolhimento, pois muito se fala sobre esse tema, no entanto não há clareza de como implementá-lo na prática. Assim, optou-se por realizar a intervenção educativa, possibilitando fundamentações teóricas e discussões sobre o mencionado assunto.

O acolhimento é uma das diretrizes com maior relevância da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) e tem como significado “estar com” e “estar perto de”, sendo uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas (BRASIL, 2008, 2011a). Dessa forma, o acolhimento, enquanto diretriz da política de humanização, que está em um processo intenso de implementação, necessita ser fundamentado em conhecimento científico por parte dos profissionais, para que as habilidades sejam aprimoradas e as atitudes sejam direcionadas para a sua efetivação no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Uma das possibilidades de desenvolver tal competência nos profissionais dessas equipes seria a elaboração de uma intervenção educativa na modalidade de educação a distância através de ambiente virtual de aprendizagem.

Acredita-se que uma intervenção educativa com métodos ativos de aprendizagem, utilizando os recursos dos ambientes virtuais de aprendizagem para promover a socialização de saberes e a troca de conhecimentos, possibilita a qualificação dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de melhores práticas no cuidado, independentemente da categoria profissional. A diversidade de pontos de vista nas equipes multiprofissionais é um dos pontos-chave para que se consiga explorar as potencialidades dos ambientes virtuais de aprendizagem, como a interação e a colaboração. Sendo assim, a intervenção educativa no ambiente virtual de aprendizagem promoverá a apresentação e a discussão de referenciais teóricos importantes para o cotidiano do trabalho, pretendendo ser uma forma mais atrativa para os profissionais em relação às práticas de capacitação tradicionais.

A relevância da presente pesquisa residiu no fato de possibilitar para as Equipes de Saúde da Família a participação no desenvolvimento de atividades educativas pertinentes ao processo de trabalho e que poderiam ser realizadas no próprio ambiente com o uso das tecnologias da informação e comunicação. Atividades como esta podem ainda propiciar o desenvolvimento de competências através da apropriação de conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de melhores atitudes no cuidado ao paciente.

A presente dissertação está inserida na linha de pesquisa Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo geral:

- Identificar as competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em uma intervenção educativa *on-line* sobre acolhimento.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos foram:

- Desenvolver uma intervenção educativa sobre acolhimento em ambiente virtual de aprendizagem na modalidade a distância, que possibilitasse contextualizar as práticas dos profissionais de saúde;
- Identificar o conhecimento, as atitudes e as habilidades desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a intervenção educativa sobre o tema acolhimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo é apresentada a revisão de literatura sobre a Atenção Básica em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família com o intuito de compreender o contexto no qual a pesquisa foi realizada, além das peculiaridades do setor primário em saúde dentro da hierarquia de cuidados. Subsequentemente, apresenta-se a qualificação e o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e a educação a distância, a qual hoje se encontra inserida nas práticas educativas e pode ser realizadoras de aquisição e produção de conhecimentos. Bem como uma revisão sobre o conceito de competências na busca pelo entendimento de sua articulação com a educação em serviço na saúde.

3.1 Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica é caracterizada, no âmbito do SUS, por ações em saúde tanto de caráter coletivo quanto individual, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011c). Essas ações têm por objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

As atividades realizadas na Atenção Básica em Saúde utilizam tecnologias de cuidado complexas e variadas, as quais devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância da população atendida. Assim, estas deveriam ser realizadas preferencialmente por profissionais que trabalham de maneira multiprofissional, interdisciplinar e em equipe. A articulação entre esses diferentes profissionais tem como foco o enriquecimento progressivo da capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2011c).

Possuindo a Atenção Básica um maior grau de proximidade ao cotidiano de vida das pessoas e do coletivo em seus territórios, a possibilidade de vinculação e de responsabilização por parte dos profissionais é maior e por vezes requer linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral. A busca pelo agenciamento dos tipos de recursos e tecnologias, tanto leves quanto duras, que ajudem no cuidado do paciente faz parte deste cotidiano de trabalho. A capacidade de escuta ampliada é uma dessas tecnologias leves

que se apresenta com alta relevância e centralidade na política de Atenção Básica (BRASIL, 2011a). As tecnologias leves são consideradas aquelas relacionais, observadas no trabalho vivo em ato, nos “encontros” entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde (MERHY; CHAKOUR, 2006).

A escuta é então a base principal do acolhimento que, dentro da Atenção Básica em Saúde, pode ser considerado “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2011a, p. 19). O acolhimento é ainda uma maneira de conduzir os processos de trabalho em saúde, atendendo a todos que procuram o serviço de saúde e prestando uma escuta qualificada e ampliada de forma a dar respostas adequadas aos usuários (BRASIL, 2008).

Para contemplar as atividades preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde tem como estratégia prioritária para a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, a Saúde da Família (BRASIL, 2011c). Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

O ideário do Programa de Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitária, assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e realização do SUS. Além disso, privilegia outras interfaces do sistema em diversos sentidos: por sua vertente municipalista, busca estimular a organização dos sistemas locais; pauta-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade; e envolve os atores sociais destas mesmas realidades. Assim, o controle social e a participação popular se fortaleceram à medida que o programa se ampliou (BRASIL, 2003, p.2).

Sendo considerada um reorganizador da Atenção Básica, a Saúde da Família busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário e na família, predominantemente voltado à promoção da saúde e à prevenção de agravos (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Esse ideário acerca do programa fortalece a caracterização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, dentre outros fatores, pela atuação interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva e pelo acompanhamento e avaliação

sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2011c).

Para que o processo de trabalho preconizado seja realizado de maneira eficaz, a estrutura da Equipe de Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde é a de que esta deve ser multiprofissional, composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Essas equipes devem trabalhar com uma população de cerca de 3.000 pessoas, considerando um número máximo de 4.000 pessoas por equipe, levando em consideração a vulnerabilidade das famílias (BRASIL, 2011c).

Atualmente, segundo o *site* da Secretaria Estadual da Saúde, o Estado do Rio Grande do Sul conta com 2.572 Unidades de Saúde, em um total de 497 municípios, sendo 1.476 Unidades de Saúde da Família. No Município de Porto Alegre, há uma cobertura para serviços de Atenção Básica de 39,6%, considerando uma população aproximada de 1.409.351 (PORTO ALEGRE, 2012).

Tendo como pressuposto que a Atenção Básica necessita ser consolidada e aprimorada para realizar a reorientação do cuidado prestado à saúde, do modelo voltado à assistência das enfermidades ou biomédico para a promoção da saúde e prevenção de doenças, esta política enfatiza a educação permanente como meio de concretização dessa mudança (BRASIL, 2011c, 2005c; NESPOLI; RIBEIRO, 2011; MOROSINI; CORBO, 2007).

A educação permanente na Atenção Básica é considerada como constitutiva do processo de qualificação das práticas de cuidado, assim como uma importante estratégia de gestão, além da dimensão pedagógica, que tem grande potencial evocador de mudanças na rotina de trabalho e que ocorre “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2011c, p. 11). Esta deve ser embasada em um processo pedagógico a partir da problemática cotidiana vivenciada e dos desafios enfrentados no processo de trabalho, que leve à aquisição e/ou atualização de conhecimentos e habilidades e que sejam considerados importantes para os atores envolvidos, resultando em uma aprendizagem significativa (BRASIL, 2004b, 2011c).

Dessa forma, a educação permanente preconizada pela Atenção Básica busca a qualificação dos profissionais de saúde, visando à melhoria das práticas de cuidado prestado aos usuários do sistema de saúde, sendo esta realizada preferencialmente no cotidiano de trabalho e a partir das necessidades evidenciadas pelas equipes. A busca pelo fortalecimento do SUS e a viabilização da sua construção, na direção da observância dos princípios e diretrizes que o orientam, trazem a qualificação e a capacitação profissional como uma necessidade que permite aprofundar a experiência e a apropriação de conhecimentos e informações para se produzir melhorias efetivas na saúde da população brasileira (RANGEL-S et al., 2012).

Além disso, as práticas educativas na Atenção Básica devem ter um processo ascendente, partindo das necessidades e dos pontos críticos identificados pelas equipes com base nas características da população, estimulando, dessa forma, experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. Portanto, a vinculação das atividades educativas à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2011c). Dessa forma o aperfeiçoamento profissional torna-se uma necessidade do mundo do trabalho com suas particularidades na área da saúde, tema que será desenvolvido no próximo capítulo.

3.2 Qualificação e Aperfeiçoamento Profissional

A busca constante por qualificação e aperfeiçoamento profissional tem se tornado um desafio para os trabalhadores da saúde, visto que o tempo para as práticas educativas em serviço é escasso (ALEXANDER et al., 2010; OLIVEIRA, 2007) e as informações tornam-se obsoletas devido ao grande contingente de dados que são produzidos diariamente (LITTO et al., 2012).

As mudanças ocorridas no trabalho, ocasionadas por transformações no ambiente, novas tecnologias, mudanças sociais e do perfil epidemiológico da população, tornam as práticas educativas essenciais para adequar a formação dos profissionais à realidade cotidiana, assim como para manter a qualificação e a atualização profissional (SILVA; PEDUZZI, 2011). Além de proporcionar adequação da formação dos

trabalhadores para o desempenho de suas atividades diárias, as práticas educacionais possibilitam a aquisição de conhecimentos técnico-científicos para a capacitação e o desenvolvimento dos profissionais e, conseqüentemente, da instituição (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Nos dias atuais, observa-se um aumento nas exigências das competências das pessoas e a sociedade exige trabalhadores cada vez mais qualificados que atendam às necessidades do mercado de trabalho e à competitividade que vem se instalando na economia (SHWARTZMAN; BATISTA; ALVES, 2009; ZAYAS, 2012). Assim, para tornar-se um profissional qualificado, é necessária a formação contínua e permanente ao longo da vida, ou seja, um processo de desenvolvimento de competências que jamais termina (LITTO et al., 2012; SACRISTÁN et al., 2011; ZAYAS, 2012).

Dessa forma, atividades educativas, como, por exemplo, aquelas pautadas nos princípios norteadores da educação permanente, surgem como uma necessidade aos profissionais de saúde, pois, sendo o Sistema Único de Saúde um processo dinâmico e que traz com ele raízes históricas que ainda condicionam o atendimento em saúde a ser produzido, centrado no modelo biomédico e curativo, esta é uma alternativa importante para a mudança e qualificação das práticas de saúde, assim como para o fortalecimento do sistema de saúde (MENDONÇA; NUNES, 2011; MONTANHA; PEDUZZI, 2010; MOROSINI; CORBO, 2007; NESPOLI; RIBEIRO, 2011; OLIVEIRA, 2007; SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010; SILVA; PEDUZZI, 2011).

Tendo em vista a possibilidade de atividades de educação a distância poderem ser adequadas e desejáveis como ferramenta de ensino aprendizagem (MARTINS; RIBEIRO; PRADO, 2011), assim como a necessidade de adaptação dos profissionais aos novos desafios sociais, tecnológicos e educacionais impostos por esta sociedade do conhecimento (ZAYAS, 2012), faz-se necessária a apropriação, pelos profissionais da saúde, das tecnologias da informação e comunicação. Estas, segundo Zayas (2012), abrem caminho para a democratização do acesso à educação e possibilitam a aprendizagem permanente. O uso e a apropriação das tecnologias educacionais são uma demanda e uma necessidade da sociedade no processo de qualificação dos sistemas e serviços de saúde atuais, pois estas podem se caracterizar como potencializadoras de processos de construção do conhecimento e de práticas educativas que propiciam a autonomia e a emancipação dos sujeitos envolvidos (RANGEL-S et al., 2012).

Segundo Schwartzman, Batista e Alves (2009), dentre os desafios atuais, está a educação ao longo da vida, continuada. A educação a distância é capaz de suprir tal necessidade diante das demandas sociais existentes, considerando que ocorram a aceitação das inovações tecnológicas e a sua utilização correta; dessa forma, faz-se necessário que, junto com o conhecimento da realidade, acrescentem o máximo possível do conhecimento no processo de ensino e aprendizagem na saúde.

De acordo com o Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que regulamenta o Artigo 80 da Lei de Diretrizes e Bases de 1996, a educação a distância caracteriza-se por ser uma modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos (BRASIL, 2005a).

A educação a distância é uma modalidade de ensino na qual educadores e educandos ocupam espaços geográficos diferentes e a comunicação acontece de forma mediatizada (BYNUM; IRWIN; COHEN, 2010; LITTO et al., 2012; OLIVEIRA, 2007; ROJO et al., 2011). A mediação pedagógica e comunicacional acontece por meio de diferentes recursos didáticos, que se fundamentam em uma concepção de educação e nas finalidades do processo ensino-aprendizagem, e envolve diferentes canais e modos de relação entre educadores e educandos, por exemplo, podendo ser síncrona ou assíncrona, unidirecional ou multidirecional, receptiva ou interativa, individualizada ou socializada, entre outros (LITTO et al., 2012).

Dessa forma, a educação a distância torna-se uma proposta de ensino voltada à qualificação dos profissionais com uso de recursos multimídias, *internet* e ambiente de *e-learning*, os quais incentivam a aprendizagem, a interação e a produção de conhecimento (ALEXANDER et al., 2010; BRASIL, 2002; CHANEY et al., 2009; DEMERS; MAMRY; EBIN, 2011; ESLAMINEJAD; MASOOD; NGAH, 2010; KHATONY et al., 2009; MARTINS; RIBEIRO; PRADO, 2011; OLIVEIRA, 2007; ZAYAS, 2012).

Em uma atividade de educação a distância, para que a aprendizagem seja significativa, a seleção do conteúdo necessita ser expressiva e propiciar o domínio, a aplicação das informações e a possibilidade de sua atualização, ampliação, aprofundamento e enriquecimento (LITTO et al., 2012). Os conteúdos e os recursos devem ser adequados ao público para que a comunicação seja efetiva, e o domínio das

tecnologias de comunicação e de informação favorecem a seleção dos meios e o suporte adequado ao educando de modo a garantir seu acesso e sua permanência no processo educativo (CHANEY et al., 2009; LITTO et al., 2012).

Sendo assim, as atividades mediadas por tecnologias da informação e comunicação, como o computador, devem preservar todas as qualidades de uma boa educação, de modo a possibilitar o desenvolvimento de capacidades cognitivas, sociais, emocionais, profissionais e éticas do indivíduo (ROJO et al., 2011). Isso ocorre por meio do uso de concepções metodológicas orientadas para a interação e construção do conhecimento de forma colaborativa, no qual se reconhece o aprendiz como sujeito do seu processo de aprendizagem e estimula-se a atividade educativa em rede (RANGEL-S et al., 2012).

A interação e a construção do conhecimento de forma colaborativa, possibilidades dos ambientes virtuais de aprendizagem para o processo de ensino-aprendizagem, vêm ao encontro dos métodos ativos de aprendizagem, por ambas trazerem o aluno como sujeito do seu aprendizado. Os métodos ativos de aprendizagem trazem o discente como ator principal do aprendizado, o qual é baseado na problematização para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem e para a busca de soluções, valorizando o aprender a aprender do aluno (MARIN et al., 2011). Os métodos ativos de aprendizagem propiciam ao aprendiz adotar uma postura crítica e reflexiva frente ao conhecimento, sendo o professor um facilitador e motivador desse aprendizado (ALMEIDA; BATISTA, 2011).

Segundo Litto et al. (2012):

As relações colaborativas, em que o esforço de uns enriquece o esforço de outros, levam ao compartilhamento, à recuperação de valores como o pertencimento e à solidariedade. Ao reunir pessoas com interesses comuns em um espaço virtual, a educação a distância permite que educadores estimulem a formação de um espírito coletivo para a construção do conhecimento em que o olhar de cada um melhora o de todos (LITTO et al., 2012, p.73).

Na aprendizagem colaborativa, os aprendizes são estimulados a trabalharem juntos em tarefas de aprendizagem, e a cooperação envolve o engajamento mútuo de todos para a resolução de um problema (COGO, 2009). Os princípios dessa aprendizagem são baseados em um modelo centrado no aprendiz, que se torna um participante ativo.

Nos ambientes virtuais de aprendizagem, como o *Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment)*, há recursos que possibilitam a interação, como fórum, *chat*, atividades síncronas e assíncronas (LEIKOLA et al., 2009; LITTO et al., 2012). Dessa forma, há a possibilidade de haver a participação e a intervenção ativa dos sujeitos participantes em todo o processo de formação. Além disso, o *Moodle* possibilita a formação e a socialização de conhecimento para diferentes públicos, seja através de um simples acesso à informação de uso imediato ou mediante processos formais de educação permanente (RANGEL-S et al., 2012).

Assim, as tecnologias de informação e comunicação ampliam a ação da educação a distância, diversificando o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que podem permitir a interação entre os sujeitos e propiciar a autonomia (LITTO et al., 2012; RANGEL-S et al., 2012). Os ambientes virtuais de aprendizagem são os espaços onde acontecem essas interações e o trabalho pode se dar de forma colaborativa, superando a concepção de que as tecnologias são apenas instrumentos e ferramentas à disposição dos seres humanos (RANGEL-S et al., 2012). Dando prosseguimento à esta revisão, será apresentado no próximo capítulo o desenvolvimento de competências na qualificação para o trabalho.

3.3 Desenvolvimento de Competências para a Qualificação do Trabalho

A sociedade atual espera dos profissionais competências múltiplas que vão desde o trabalho em equipe até a capacidade de aprender e de adaptar-se a situações novas (OLIVEIRA, 2007). A formação continuada é então considerada como dispositivo de desenvolvimento e geração de competências (ZAYAS, 2012). Portanto, os profissionais da saúde necessitam desenvolver competências para o enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano de trabalho. Para que as ações do profissional de saúde estejam adequadas às necessidades exigidas, a qualificação e o aperfeiçoamento profissional contínuo são essenciais.

Segundo Saupe et al. (2007) vive-se na era da incerteza, com acúmulo de exigências quanto à produtividade, acompanhada pelo enxugamento do número de trabalhadores nas várias áreas, gerando uma insegurança permanente, pois cada novo dia é sentido como um conjunto de obstáculos a ser vencido. A partir dessa situação,

destaca-se a necessidade de produção de conhecimento para subsidiar os profissionais no cotidiano do processo de trabalho.

Nesse contexto, observa-se uma exigência maior da educação profissional e o saber-fazer é apenas uma dessas exigências. Tudo isso se deve ao aumento da complexidade do trabalho, não só em termos de conhecimentos necessários, decorrentes da introdução de novas tecnologias, mas da reformulação das próprias formas de organização pelas quais ele se realiza. O modelo das competências desvela a necessidade de outras dimensões de saberes e, sobretudo, da mobilização destas (LITTO et al., 2012).

A formação continuada nos leva à produção de conhecimento, assim como propicia uma aprendizagem permanente, que conseqüentemente desenvolve competências, habilidades e aptidões nos profissionais. A formação teórica e prática insere-se neste processo como base necessária para o desenvolvimento das competências que devem ser adaptadas ao contexto no qual o trabalhador está inserido, sendo assim uma estratégia para a promoção da inovação profissional (ZAYAS, 2012).

Para Almeida (2002), que fundamentada pelo referencial teórico de Perrenoud, há uma complementaridade e uma conjugação entre conhecimento e competências, sendo esta última o equilíbrio necessário entre o trabalho isolado dos vários elementos que o influenciam e a integração de todos esses componentes no momento da operacionalização. Essa autora refere ainda que adotar uma abordagem por competências é um desafio, pois nossos professores ainda são formados pelo ensino tradicional, baseado na transmissão de conhecimento e na relação professor-aluno, no qual apenas um detém o saber.

Lima (2005), a partir da revisão da literatura educacional evidenciou três principais abordagens conceituais sobre competências: a primeira as considera como atributos essenciais ao indivíduo; o segundo conceito refere-se ao êxito com o qual as tarefas são realizadas, ou seja, os resultados obtidos; e a terceira concepção de competência une os atributos pessoais que, mobilizados em uma determinada situação, propiciam a realização de ações, objetivando alcançar determinados resultados.

Dentre os distintos conceitos existentes sobre a noção de competência, Witt (2005), após ampla revisão da literatura, assinala em termos gerais que esta é a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma

dada situação concreta de trabalho em um determinado contexto cultural” (WITT, 2005, p.76).

Segundo Perrenoud (1999), competência é definida como sendo “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (PERRENOUD, 1999, p.7). Ou seja, é a capacidade de mobilização do conhecimento para a resolução de um dado problema em uma determinada área do saber.

Para Sacristán et al. (2011), o termo competência não é um conceito preciso, pois não podemos relacioná-lo a algo, e possui também diversos significados, assim como compartilha a aceção com inúmeros sinônimos ou conceitos, como: aptidão, capacidade, habilidade, destreza, conhecimento prático e efetividade.

De acordo com Fernandes et al. (2012), a definição do termo competência ocorreu a partir dos estudos de Albanese e Govaerts, sendo este considerado como a síntese dos conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais, quando integrados, possibilitam o uso de recursos cognitivos e técnicos para propiciar um cuidado melhor ao paciente. Esse autor traz ainda a dependência do contexto e a capacidade de reflexão e de continuar aprendendo como fatores que ampliam a definição do vocábulo.

Assim, no presente estudo, será utilizado o conceito de Fernandes et al. (2012) para analisar as competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em uma intervenção educativa *on-line* sobre acolhimento.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, serão apresentados o tipo e o campo de estudo, os participantes, a intervenção educativa sobre acolhimento, a coleta e a análise dos dados, bem como as considerações bioéticas da investigação.

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Para Ludke e André (2012), o estudo de caso qualitativo pressupõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, verificando como o participante se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. O estudo de caso enfatiza a “interpretação em contexto”, para compreender melhor as ações, as percepções, os comportamentos e as interações entre os participantes, de maneira que o pesquisador busca revelar a multiplicidade de dimensões presentes (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

A intervenção educativa sobre acolhimento foi singular, uma vez que sua elaboração e seu desenvolvimento objetivaram exclusivamente a realização desta investigação. Os participantes constituem uma Equipe de Saúde da Família inseridos em um contexto único, com as suas particularidades. Assim, o estudo de caso referiu-se ao desenvolvimento da intervenção educativa em ambiente virtual de aprendizagem.

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) conveniada à Responsabilidade Social do Hospital Moinhos de Vento. Nesse convênio, existem cinco Unidades de Saúde da Família (Ilha Grande dos Marinheiros, Ilha da Pintada, Paulo Viaro, Chapéu do Sol e Núcleo Esperança), e o estudo ocorreu em apenas uma delas. Devido a esse convênio, os recursos humanos dessas unidades possuem vínculo empregatício com a referida instituição. Além dos recursos humanos, o convênio possibilita que alguns aspectos estruturais das unidades sejam de responsabilidade do Hospital Moinhos de Vento, como a disponibilização de computadores com rede de *internet* em praticamente todas as salas das referidas unidades de saúde e a manutenção

predial. O restante de materiais e insumos é disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, visto que essas unidades atendem exclusivamente aos usuários do SUS. Assim, o gerenciamento das mesmas ocorre de forma duplicada, atendendo tanto ao que o Hospital Moinhos de Vento solicita como também ao que a Secretaria Municipal de Saúde preconiza. Nessas unidades de saúde tem a disponibilização de equipamentos de informática e rede de *internet*, os quais são em pouca quantidade nas últimas, o que não atenderia às necessidades para a realização de uma intervenção educativa no ambiente de trabalho que necessite do uso de computador para o desenvolvimento da mesma.

4.3 Participantes do Estudo

A população do estudo foi constituída pelos 21 profissionais que trabalham em uma Equipe de Saúde da Família. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) independentemente do tempo de trabalho e realizar orientações e atendimentos aos usuários do SUS, orientações estas que iriam desde o funcionamento da unidade até os fluxos do sistema de saúde, orientando sobre os atendimentos médicos, de enfermagem e de saúde bucal; enfim, as orientações em geral realizadas nas visitas domiciliares e/ou na própria unidade.

Foram excluídos quatro profissionais pelos seguintes motivos: por possuírem regime de trabalho mensal inferior a 220 horas na ESF; estavam em férias ou afastados por qualquer motivo no período de realização da intervenção educativa sobre acolhimento e/ou da entrevista coletiva. Dessa forma, a amostra foi por conveniência, totalizando 17 participantes na intervenção educativa a distância e 14 participantes na entrevista coletiva.

O Hospital Moinhos de Vento possui uma política institucional de desenvolvimento do colaborador com treinamentos obrigatórios a serem realizados no período de experiência do contrato de trabalho, que vão desde atividades de educação mediada por computador a treinamentos presenciais com método tradicional de ensino. Esses treinamentos e atividades educativas são contabilizados no final de cada mês, compondo um indicador importante para a instituição de horas/treinamento por colaborador e por área. Dessa forma, o total de horas na intervenção educativa foi revertido para esse indicador, acrescentando então 12,5 horas/treinamento para aqueles que participaram da atividade no *Moodle* (ANEXO 1).

Sendo assim, a instituição estimula o colaborador a realizar atividades de qualificação e aperfeiçoamento profissional. Estas podem ser realizadas no ambiente de trabalho, como, por exemplo, o levantamento de necessidades de treinamento, que se configura por atividades educativas no próprio ambiente de trabalho, previamente programadas e de acordo com as necessidades levantadas pelas equipes nas reuniões. Também há o incentivo para a realização de formação profissional externa, como os convênios que a instituição possui com escolas de ensino superior e cursos de pós-graduação.

4.4 Intervenção Educativa sobre Acolhimento

Para o desenvolvimento do presente estudo, foi proposta uma intervenção educativa na modalidade de educação a distância *on-line*, com carga-horária de 12,5 horas, organizada para ser realizada durante a jornada de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família, totalizando 2,5 horas por semana. O tema escolhido foi o acolhimento, visto que a referida unidade de saúde, campo do estudo, estava iniciando suas atividades, estando em funcionamento desde o mês de junho de 2012, e o processo de trabalho principal e organizador da demanda de atendimentos era o acolhimento.

A intervenção educativa proposta contou com três módulos intitulados “Aprendendo a trabalhar com o *Moodle*”, “Acolhimento na Atenção Básica”, “Como colocar em prática o acolhimento?” no ambiente virtual de aprendizagem *Moodle* Institucional, disponibilizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, problematizando o acolhimento como prática constitutiva das ações de saúde.

A equipe executora para a elaboração dos materiais e a realização das atividades *on-line* foi de responsabilidade da pesquisadora, a qual contou com o apoio de duas acadêmicas da referida universidade, uma do Curso de Publicidade e Propaganda e a outra da Enfermagem, ambas familiarizadas com a utilização do *Moodle*.

No primeiro semestre de 2013, as atividades a serem realizadas no *Moodle* estavam em período de construção. Inicialmente foi elaborada a arquitetura pedagógica. A arquitetura pedagógica são as premissas teóricas que representam, orientam e explicam a forma como devem ser abordados os conteúdos e que se concretizam nas práticas pedagógicas e nas interações professor-aluno-objeto de estudo/conhecimento (BEHAR, 2013). Esta contemplava a descrição do curso, objetivos e metas, diretrizes,

estrutura, fluxograma, atividades de aprendizagem e sistema de avaliação. Após, foram organizados os materiais que seriam inseridos no *Moodle*, contemplando nesse item a edição de um vídeo com depoimentos de três profissionais da área da saúde e de um usuário do SUS sobre acolhimento. Após o registro na universidade como ação de extensão, obteve-se a liberação para uso do *Moodle*, o qual foi configurado de acordo com a arquitetura pedagógica proposta.

O desafio foi projetar um curso na direção de uma aprendizagem centrada nos profissionais da Equipe de Saúde da Família e não nos conteúdos que seriam discutidos sobre acolhimento. Segundo Behar (2013), a educação a distância contribui para a difusão das tecnologias e amplia redes de convivência virtual, porém somente o uso das tecnologias na educação com ênfase na reprodução do conhecimento não responde mais às expectativas de aprendizagem do mundo atual. Assim, essa mesma autora reforça a importância e a necessidade de se ter uma gestão adequada, principalmente em função dos aspectos do *design* pedagógico, planejamento e estratégias de comunicação. Para se alcançar uma intervenção educativa bem estruturada que atendesse aos objetivos propostos, a arquitetura pedagógica foi o cerne, pois esta sustentou e organizou a prática pedagógica.

Na composição da arquitetura da presente intervenção educativa *on-line*, o objetivo e as metas eram de proporcionar aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde um suporte teórico fundamentado na prática do acolhimento que já é realizada no cotidiano da Atenção Básica em Saúde. Por meio desse embasamento teórico, buscou-se a reflexão do acolhimento já praticado e as maneiras de aperfeiçoá-lo. Assim, a intervenção educativa trouxe os pressupostos do acolhimento através do Caderno de Atenção Básica número 28 (BRASIL, 2011a), porém sem uma proposta pronta e ideal para o serviço. Pretendeu-se estimular os participantes a identificarem os pontos críticos e os pontos que poderiam ser melhorados na prática do acolhimento.

Assim, com essa atividade, objetivou-se proporcionar, após sua conclusão, a discussão, a análise e a reflexão crítica sobre o acolhimento na Atenção Básica em Saúde, bem como possibilitar o acesso aos materiais do Ministério da Saúde que abordam o tema e que servem de suporte para discussões do processo de trabalho. A identificação dos pontos críticos do acolhimento, como aqueles que necessitam ser

melhorados e revistos pela equipe, foi a intenção dessa intervenção educativa, a qual não pretendeu esgotar o tema ou a discussão sobre o mesmo.

As orientações fornecidas aos participantes da intervenção referiram-se à assiduidade, ao conteúdo das postagens e à solicitação para o esclarecimento de dúvidas. A frequência e a presença do participante era um item requerido e essencial, sendo a participação mínima de 75% no total das atividades, pois os mesmos receberiam horas-treinamento pela instituição. Os critérios de participação mínima para obtenção dessas horas-treinamento foram a participação ativa nas discussões *on-line* dos fóruns, a realização das atividades, a construção do estudo de caso fictício em grupo e a participação no fórum sobre a prática do acolhimento.

Recomendou-se que os participantes deveriam conectar-se pelos menos três vezes por semana, enviando sempre uma contribuição substancial para a discussão. Destacou-se que dizer simplesmente “Concordo” e “Não concordo” não caracterizaria a contribuição para a discussão. O participante deveria sustentar a sua opinião fazendo uso dos materiais disponíveis no *Moodle*, podendo também utilizar outros materiais devidamente identificados com a referência do mesmo. Em caso de dúvida, poderiam entrar em contato com a pesquisadora por telefone, via *e-mail* ou também via mensagem pelo *Moodle*.

Conforme relatado anteriormente, a intervenção foi dividida nos seguintes módulos:

Módulo 1: (2,5 horas) “Aprendendo a trabalhar com o *Moodle*”. O objetivo deste módulo foi apresentar as ferramentas tecnológicas aos participantes, assim como aproximar os profissionais e proporcionar a familiarização destes com o espaço de construção colaborativa de informações e conhecimentos. Esse módulo contou com questionário, que caracterizou os participantes e forneceu informações referentes a experiências prévias em atividades educativas mediadas por computador, assim como conhecimentos individuais de informática; mensagem, que ficou disponível para sanar dúvidas com o tutor; arquivos para leitura, divididos nas leituras recomendadas e nas adicionais; vídeos sobre acolhimento; fórum para debate sobre conceito de acolhimento; tarefa, que foi utilizada para a realização da definição individual de acolhimento. Também havia um fórum e um *wiki* para conhecimento dos participantes, nos quais eles

poderiam testar o uso e reconhecer o que poderia ser feito nesses recursos disponibilizados pelo *Moodle*. O cronograma e a apresentação da intervenção também estavam presentes nesse módulo inicial.

Módulo 2: (7,5 horas) “Acolhimento na Atenção Básica”. Este módulo buscou apresentar aos participantes o referencial teórico que sustenta o conceito de acolhimento, proporcionando conhecimento para que entendam o contexto no qual estão realizando as suas atividades na unidade de saúde. Foi proposta a construção de estudos de casos fictícios, elaborados pelos participantes a partir de ideias que seriam geradas nas discussões *on-line*, e que posteriormente seriam problematizados nos fóruns, buscando identificar ações que se aproximam do entendimento de acolhimento. Os recursos utilizados neste módulo foram textos para leitura, divididos nas leituras recomendadas e nas adicionais, estas últimas sendo os Cadernos de Atenção Básica número 28 referentes ao acolhimento; *wiki*, ferramenta na qual houve a proposta de construção do estudo de caso fictício dos grupos; fórum, que buscou a problematização e a análise crítica do acolhimento nos estudos de caso produzidos pelos grupos.

Módulo 3: (2,5 horas) “Como colocar em prática o acolhimento?”. Neste módulo, buscou-se a colaboração da equipe com o objetivo de identificar os pontos que necessitam de melhorias e os que estão adequados à proposta do acolhimento na Atenção Básica, bem como a proposição de ideias, as quais, sendo aprovadas no fórum pelos participantes, poderiam ser implantadas no processo de trabalho. Neste módulo foram utilizados os seguintes recursos: vídeos com depoimentos de profissionais da saúde sobre acolhimento; fórum para a problematização da prática do acolhimento.

Em relação às atividades de aprendizagem, foram realizadas as seguintes: leituras, vídeos, reflexões do participante, estudos de caso em grupo e a atividade final referente à prática do acolhimento.

As leituras estavam incluídas nos módulos 1 e 2 e dividiam-se em recomendadas e adicionais. As recomendadas continham a orientação no início da atividade no *Moodle* de que eram essenciais para o desenvolvimento das atividades. Estas foram compostas por artigos diversos, havendo alguns específicos para determinado grupo de profissionais de saúde e outros gerais, porém a leitura de todos os artigos ali contidos poderia ser feita por qualquer participante, pois eram de fácil entendimento.

Já as leituras adicionais eram materiais diversos e complementares às recomendadas, sendo estas não imprescindíveis para o acompanhamento da intervenção educativa. Os materiais do Ministério da Saúde, sendo estes a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) e o Caderno de Atenção Básica número 28 (BRASIL, 2011a), por serem leituras extensas, estavam inclusos nas leituras adicionais, porém sempre foi estimulada a visualização desse material, visto que é um dos principais referenciais teóricos que respaldam o trabalho do profissional de saúde em relação ao acolhimento.

Os vídeos estavam presentes no módulo 1 e no módulo 3. Os primeiros foram vídeos de acesso livre encontrados no *YouTube*, os quais traziam uma experiência de trabalho com acolhimento do Estado de São Paulo (DIFERENTES OLHARES, DIFERENTES PRÁTICAS, 2011). Os vídeos do módulo 3 foram os depoimentos de uma enfermeira de pronto-atendimento que trabalha com acolhimento e classificação de risco, uma assistente social, uma agente comunitária de saúde e um usuário do SUS. Os profissionais de saúde que deram seus depoimentos são da rede de Atenção em Saúde mantida pelo Hospital Moinhos de Vento no Distrito Sanitário Restinga e Extremo Sul. Foram convidadas essas pessoas, de diferentes áreas, para que trouxessem suas experiências sobre o acolhimento de forma a mostrar as diversas interfaces que esta proposta de processo de trabalho pode ser implementada. Para a realização desses vídeos, foi assinado um termo de autorização para utilização de imagem e som de voz por todos aqueles que deram seus depoimentos, no total quatro pessoas (APÊNDICE E).

As reflexões dos participantes eram visualizadas através da tarefa de definição do acolhimento no módulo 1, e também no módulo 2 e 3, nos fóruns. No módulo 2, a reflexão a ser feita era a análise crítica do estudo de caso feito pelos grupos. No módulo 3, havia o fórum de reflexão sobre a prática do acolhimento. Entende-se que à medida que os participantes faziam as leituras, esperava-se que identificassem uma lista de conceitos-chave, ideias e questões a serem discutidas. Esses itens deveriam formar a base para a discussão *on-line*. Os participantes poderiam escolher ampliar esses pensamentos e questões por meio de leitura de material extra, compartilhando o que leram com o grupo.

Os estudos de caso projetados, a partir da realidade vivenciada nas situações em que o acolhimento estivesse presente, buscaram estimular e ampliar a aprendizagem. Assim, os participantes do estudo foram divididos em três grupos e, através da discussão *on-line*, seriam construídos três estudos de caso fictícios no *wiki*, os quais seriam discutidos posteriormente no fórum, buscando realizar a análise crítica dos mesmos.

Havia ainda um trabalho final, que era a participação em um fórum o qual propiciava um espaço para a reflexão sobre o acolhimento, seus pontos críticos e o que precisava ser melhorado na prática do acolhimento que é realizado na unidade de saúde.

4.5 Coleta de Dados

A intervenção educativa sobre o “Acolhimento na Atenção Básica: uma prática constitutiva das ações em saúde” foi realizada no *Moodle* em outubro, novembro e dezembro de 2013, da qual foram extraídos os seguintes dados para análise e discussão: caracterização dos participantes e diário de registros.

O diário de registros consistiu em um acompanhamento com o registro por escrito do desenvolvimento da intervenção educativa. Este continha todas as informações referentes aos encontros presenciais, ao desempenho dos participantes, à entrega de atividades com envio de arquivo, ao acesso aos arquivos disponíveis no *Moodle* e ao próprio acesso no ambiente virtual, à participação nos fóruns, às anotações dos contatos realizados via mensagem com os alunos, às dificuldades encontradas com as tecnologias de informação e à comunicação durante a realização da intervenção, entre outras que foram surgindo ao longo da intervenção e que foram consideradas informações importantes para a apresentação e discussão dos achados da presente pesquisa.

A segunda etapa de coleta de dados foi realizada por meio de entrevista de grupo semiestruturada, realizada em 12 de Dezembro de 2013, a qual preconiza que tenha a participação de seis a oito pessoas em cada sessão, com realização de no mínimo 30 minutos e no máximo duas horas, oportunizando a participação de todos (FLICK, 2009). Assim, estava prevista a realização de pelo menos uma sessão com cada grupo, podendo ocorrer mais encontros caso não fosse possível desenvolver todas as questões

propostas. Foram então realizadas duas entrevistas coletivas, com sete participantes em cada uma. A duração aproximada da entrevista foi de 35 minutos cada.

Os grupos foram organizados de maneira a realizá-los com diferentes profissionais, pois se acredita que a heterogeneidade pode promover os debates e a diversidade de pontos de vista. A moderadora foi a professora orientadora, contando com a presença e intervenção, se necessárias, da pesquisadora, e com o apoio de uma auxiliar de pesquisa, sendo esta a mesma estudante de enfermagem que auxiliou na intervenção educativa. As questões norteadoras da entrevista de grupo procuraram atingir os objetivos do estudo, sendo perguntado sobre como foram a participação e as trocas das práticas profissionais no ambiente virtual de aprendizagem, qual foi a experiência de interação e colaboração entre os diferentes profissionais, quais os conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidos em relação ao acolhimento e a aplicação prática da intervenção educativa (APÊNDICE A).

4.6 Análise dos Dados

Os dados analisados foram as atividades realizadas no *Moodle*, incluindo a caracterização dos participantes, o diário de registros da intervenção educativa e a entrevista coletiva realizada com os participantes.

As informações da entrevista de grupo foram transcritas, organizadas e processadas com o *software* Nvivo9®.

A técnica de análise utilizada foi a análise temática (LUDKE; ANDRÉ, 2012). Essa técnica de análise consiste nas seguintes etapas: organização do material coletado; construção das categorias descritivas iniciais; desvelamento dos sentidos implícitos e contraditórios; reagrupamento das categorias, procurando observar tendências e padrões; e busca de relações e inferências em nível de abstração mais elevado (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

4.7 Considerações Bioéticas

O projeto foi elaborado em 2012 e, em novembro do referido ano, foi realizada a banca de qualificação. Nesse mesmo período também foi solicitada a autorização para realização da pesquisa em uma unidade de saúde conveniada ao Hospital Moinhos de

Vento, o qual forneceu ofício de ciência e de acordo com o desenvolvimento do estudo (ANEXO 1).

Após a adequação do projeto conforme as orientações da banca de qualificação, o mesmo foi submetido à Comissão de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em janeiro de 2013.

Dando sequência aos procedimentos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da UFRGS (ANEXO 2) e, em seguida, ao Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento, o qual é considerado co-participante da pesquisa (ANEXO 3).

Aos participantes do estudo foi assegurado o anonimato, o respeito, assim como a liberdade de desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento. Os participantes foram denominados por 'Participante' seguido de números sequenciais selecionados pela pesquisadora. Os dados serão armazenados por cinco anos em arquivos digitais e, após, serão destruídos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi assinado pelos profissionais de saúde, considerando a Resolução do Conselho Nacional em Saúde 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

O Termo de Ciência do Responsável pelo Banco de Dados (APÊNDICE C), assinado pela Diretora da Escola de Enfermagem da UFRGS (responsável pelos dados presentes no *Moodle*), e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE D), também assinado pela pesquisadora e sua orientadora, constam nesta dissertação.

Os resultados da investigação trarão como benefício o desenvolvimento de intervenções educativas no formato de educação a distância, as quais poderão ser uma possibilidade, dentre as diversas existentes, para suprir as necessidades de qualificação e aperfeiçoamento do profissional inserido na Atenção Básica em Saúde, assim como para desenvolver competências, melhorando as práticas de saúde. Também possibilitará a inserção de atividades nos ambientes virtuais de aprendizagem no cotidiano de trabalho da Atenção Básica, bem como estimulará o uso das tecnologias de informação e comunicação de forma mais intensa neste nível de atenção em saúde. Poderão ocorrer riscos não previstos, mas que são iminentes a toda pesquisa.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, serão apresentados a caracterização dos participantes, a análise da intervenção educativa e as competências desenvolvidas pelos profissionais de saúde sobre acolhimento. Na primeira parte será apresentada a análise da intervenção educativa que teve como fonte de dados as informações presentes no *Moodle* e o diário de registros realizado ao longo das atividades pela pesquisadora. A segunda parte irá abordar os três temas que emergiram das entrevistas coletivas denominados: “Avaliação e Possibilidades de Atividades em Educação a Distância”, “Contexto do Processo de Trabalho da Atenção Básica” e “Competências acerca do Acolhimento”.

5.1 Caracterização dos Participantes

A caracterização dos participantes foi obtida por meio de um questionário disponibilizado no *Moodle* e respondido pelos mesmos ao iniciarem os acessos e as atividades no ambiente virtual de aprendizagem. Dos 17 (100%) participantes da intervenção educativa *on-line*, 13 (76,47%) responderam o questionário que objetivava a caracterização dos mesmos. Os participantes da intervenção educativa estavam divididos entre as profissões que constituem uma Equipe de Saúde da Família (TABELA 1). A composição das categorias de profissionais a partir da caracterização dos participantes conforme apresentado anteriormente está de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica para uma Equipe de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal modalidade II (BRASIL, 2011c).

Onze participantes (84,62%) eram do sexo feminino e a idade predominante situa-se no intervalo de 31 a 40 anos, totalizando sete participantes (53,84%), com a idade média de 33,53 anos. Quanto à escolaridade, nove (69,24%) respondentes possuíam o ensino médio completo e dois (15,38%) possuíam pós-graduação (TABELA 1). Em relação à formação dos agentes comunitários em saúde, três haviam realizado o curso de formação preparatório para o exercício da profissão, disponibilizado pelo

Hospital Moinhos de Vento, com duração de dois meses, e um agente comunitário relatou não ter tido formação específica para tal.

Os dados referentes à faixa etária jovem e predominantemente do sexo feminino são similares aos identificados em outro estudo sobre as necessidades de capacitação e aperfeiçoamento, realizado com profissionais das Equipes de Saúde da Família de uma coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010). Assim, pode-se inferir a maior ocorrência de mulheres atuantes na área da saúde, bem como a Atenção Básica ser o local onde os profissionais dão início às suas atividades.

O tempo de atuação na Atenção Básica em Saúde variou de menos de um ano até nove anos. Porém grande parte dos respondentes, ou seja, nove profissionais (69,24%) possuíam menos de dois anos de atuação tanto na Atenção Básica quanto em Equipe de Saúde da Família. A referida unidade de saúde possuía um ano e cinco meses quando se iniciou a intervenção educativa *on-line* no *Moodle*. Portanto, constata-se que este é o primeiro local que os participantes iniciaram suas atividades na Atenção Básica em Saúde (TABELA 1).

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo. Porto Alegre, 2014

Variável	Valores	
	Número absoluto (n=13)	Porcentagem (%)
Categoria Profissional		
Agente Comunitário de Saúde	4	30,78
Auxiliar Administrativo	1	7,69
Auxiliar em Saúde Bucal	1	7,69
Enfermeiro	2	15,38
Médico	1	7,69
Técnico de Enfermagem	3	23,08
Técnico em Saúde Bucal	1	7,69
Sexo		
Feminino	11	84,62
Masculino	2	15,38
Idade		
20 a 30 anos	4	30,78
31 a 40 anos	7	53,84
41 a 50 anos	1	7,69
51 a 60 anos	1	7,69
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	0	0,00
Ensino fundamental completo	0	0,00
Ensino médio incompleto	0	0,00
Ensino médio completo	9	69,24
Terceiro grau incompleto	1	7,69
Terceiro grau completo	1	7,69
Pós-Graduação	2	15,38
Tempo de Atuação na Atenção Básica		
0 a 1 ano	1	7,69
1 a 2 anos	8	61,55
2 a 3 anos	1	7,69
3 a 4 anos	1	7,69
4 a 5 anos	0	0,00
5 a 6 anos	0	0,00
6 a 7 anos	1	7,69
7 a 8 anos	0	0,00
8 a 9 anos	1	7,69
Tempo de Atuação na Equipe		
0 a 1 ano	2	15,38
1 a 2 anos	11	84,62

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à experiência prévia com educação a distância, seis (46,15%) responderam já terem tido contato com atividades *on-line*, entre estas: atividades de educação a distância promovidas pela instituição em que trabalham, atividades como cursos de atualização e especialização realizadas em outras instituições de ensino e na participação em uma pesquisa sobre diagnóstico da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Sete profissionais (53,85%) responderam não ter experiência prévia com educação a distância (TABELA 2).

Em relação à experiência prévia com educação a distância, os dados identificados possuem uma semelhança com os de um estudo que avaliou a aceitabilidade de um curso nessa modalidade entre profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (TOMAZ; MOLEN, 2011). Porém, nesse referido estudo, a amostra era representativamente maior e os profissionais investigados eram tanto de grandes centros urbanos quanto de Unidades de Saúde da Família do interior do Estado do Ceará.

O nível de conhecimento em informática predominou no nível básico (61,54%), seguido do intermediário (23,08%), iniciante (7,69%) e avançado (7,69%) respectivamente. Em relação ao uso de editores de texto, nove respondentes (69,23%) informaram saber um pouco e quatro (30,77%) tem conhecimento muito bom. Sobre a utilização de geradores de apresentações, oito (61,54%) participantes informaram saber um pouco, três (23,08%) pessoas relataram ter um bom conhecimento e duas (15,38%) referiram ser iniciantes no uso dessa ferramenta. Referente à leitura de arquivos protegidos para edição, seis respondentes (46,15%) relataram saber um pouco, três (23,08%) têm um bom conhecimento, dois (15,38%) têm dificuldade e dois (15,38%) desconhecem esses tipos de materiais. Quanto ao conhecimento sobre navegadores na *internet*, sete (53,85%) têm um bom conhecimento e seis (46,15%) sabem um pouco. O uso de correio eletrônico pelos participantes foi pontuado por seis (46,15%) como tendo um bom conhecimento e sete (54,85%) sabem um pouco (TABELA 2). O ambiente virtual de aprendizagem foi citado como desconhecido ou não utilizado por seis participantes (46,15%), dois (15,38%) tinham dificuldade de uso, um (7,69%) sabia um pouco e quatro pessoas (30,78%) tinham um bom conhecimento (TABELA 2).

Tabela 2- Conhecimento dos Participantes sobre Informática. Porto Alegre, 2014

Variável	Valores	
	Número absoluto (n=13)	Porcentagem (%)
Realização de Atividade de Educação a Distância prévia		
Sim	6	46,15
Não	7	53,85
Nível de Conhecimento de Informática		
Avançado	1	7,69
Intermediário	3	23,08
Básico	8	61,54
Iniciante	1	7,69
Conhecimento sobre Editor de Texto		
Muito Bom	4	30,77
Sei um Pouco	9	69,23
Tenho Dificuldades	0	0,00
Não utilizo/desconheço	0	0,00
Conhecimento sobre <i>Power Point</i>		
Muito Bom	3	23,08
Sei um Pouco	8	61,54
Tenho Dificuldades	2	15,38
Não utilizo/desconheço	0	0,00
Conhecimento sobre PDF		
Muito Bom	3	23,09
Sei um Pouco	6	46,15
Tenho Dificuldades	2	15,38
Não utilizo/desconheço	2	15,38
Conhecimento sobre <i>Internet Explorer</i>		
Muito Bom	7	53,85
Sei um Pouco	6	46,15
Tenho Dificuldades	0	0,00
Não utilizo/desconheço	0	0,00
Conhecimento sobre Ambiente Virtual de Aprendizagem		
Muito Bom	4	30,78
Sei um Pouco	1	7,69
Tenho Dificuldades	2	15,38
Não utilizo/desconheço	6	46,15
Conhecimento sobre Correio Eletrônico / <i>E-mail</i>		
Muito Bom	6	46,15
Sei um Pouco	7	54,85
Tenho Dificuldades	0	0,00
Não utilizo/desconheço	0	0,00

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Análise do Desenvolvimento e Avaliação da Intervenção Educativa

Neste capítulo, será analisado o desenvolvimento da intervenção educativa a partir dos dados do *Moodle* e do diário de registros realizado pela pesquisadora durante a intervenção.

Em outubro de 2013, iniciaram-se as atividades no *Moodle*. No dia 10 de outubro, ocorreu o primeiro encontro presencial com a Equipe de Saúde da Família para a apresentação da intervenção educativa *on-line*, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e o cadastro no ambiente virtual de aprendizagem. Iniciou-se com uma apresentação da intervenção em *slides*, a qual continha as informações básicas e as orientações sobre as atividades a serem realizadas no *Moodle*. Na sequência, foi realizado o cadastramento de todos no ambiente virtual de aprendizagem e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Na apresentação, foi reforçado o caráter voluntário da participação nesta intervenção educativa; no encontro, todos os 17 (100%) profissionais da Equipe optaram por participar, não havendo manifestação em contrário.

A pesquisadora, juntamente com a estudante de graduação em enfermagem, cadastrou todos os participantes no *Moodle*, assim como auxiliou os mesmos a realizar o primeiro acesso. O processo de cadastramento teve duração de quatro horas, aproximadamente, visto que é necessário criar um usuário e uma senha, e posteriormente, acessar o *e-mail* pessoal para então visualizar a mensagem recebida da plataforma do *Moodle* e, a partir desta, fazer o primeiro acesso. Para que não houvesse esquecimento de usuários e senhas, a coordenadora da equipe ficou com uma cópia dessas informações, visto que a senha era extensa e exigia números e letras, o que poderia facilitar o esquecimento.

Nesse momento, foi possível observar que nem todos os participantes possuíam habilidades com o uso do computador e também que acessavam pouco os *e-mails* individuais. As dificuldades observadas foram desde o uso do teclado até o manuseio do *mouse* para acessarem o *e-mail*.

Nesse primeiro contato dos participantes com o ambiente virtual de aprendizagem, foi estimulado que iniciassem o preenchimento do questionário, o qual objetivava caracterizar os participantes, e também que navegassem por todas as ferramentas ali disponibilizadas.

O fórum de reconhecimento da ferramenta foi acessado por nove participantes (76,47%) e 39 vezes, e apenas quatro participantes (23,53%) não acessaram o mesmo, porém nada foi postado. A apresentação do curso no formato de *slides* foi acessada 21 vezes, e sete (41,17%) participantes não acessaram o arquivo. O cronograma foi acessado 13 vezes, e por sete (41,17%) pessoas apenas. A caracterização dos participantes foi acessada por 14 pessoas (82,35%), e 46 vezes, porém respondida por 13 pessoas (76,47%).

Na sequência deste primeiro encontro com a equipe de saúde, realizou-se um momento de integração com a equipe, no qual também se conversou sobre a experiência individual com atividades de educação a distância. O que foi relatado nesse momento foram as atividades de educação a distância que o Hospital Moinhos de Vento possui e que devem ser realizadas por todos aqueles que trabalham nessa instituição. Notou-se que havia pouca experiência dos participantes do estudo com atividades de educação a distância que possibilitassem a interação e a troca de saberes entre participantes, tutores e professor. Aquelas disponibilizadas pela instituição totalizam dez treinamentos de curta duração (30 minutos cada) a distância anuais e obrigatórios, sem possibilidade de interação. Sendo a equipe nova, completando apenas dois anos de realização desses treinamentos, constatou-se que praticamente todos os participantes já haviam realizado cerca de 20 treinamentos no formato de educação a distância pela instituição.

Foi então aberto o primeiro módulo, o qual tinha prazo máximo para finalização em 23 de outubro. Nele continham leituras recomendadas, leituras adicionais, *link* para visualização de vídeos, a tarefa individual e um fórum para reflexão sobre acolhimento. O fórum foi visualizado 35 vezes por 12 pessoas (70,59%), porém ninguém postou contribuições. A leitura recomendada foi visualizada por oito participantes (47,05%), e a adicional por três (17,64%). Os *links* dos vídeos remetiam à página da *internet* para o *YouTube*, porém essa página não tinha permissão para ser acessada pela rede de *internet* que a Unidade de Saúde da Família Núcleo Esperança possuía. Devido a isso, foi feito

download dos vídeos e estes foram salvos em uma pasta no *desktop* do computador da sala de grupos da unidade de saúde para que os participantes pudessem assisti-los. Porém constatou-se, por meio de relatos, que esses vídeos não foram visualizados pela equipe de saúde.

Como a proposta era de que a atividade de educação a distância sobre acolhimento fosse realizada durante o turno de trabalho, as atividades começaram a ser realizadas de forma mais intensa a partir da segunda semana, e preferencialmente na quinta-feira, que era o dia de reunião de equipe. Até o dia 23 de outubro, 14 participantes já haviam enviado a tarefa (82,35%), e três (17,65%) enviaram após a data limite.

A irregularidade das atividades desenvolvidas e a dificuldade para dar início às postagens na intervenção educativa ocorrem em atividades de educação a distância (EAD) por influência da sociabilidade e liderança que existem entre os participantes. A sociabilidade é um fator relacionado à facilidade do sujeito em estabelecer uma postura colaborativa, e a liderança refere-se à capacidade do indivíduo em inspirar confiança e ter habilidades para liderar atividades acadêmicas em grupo (SILVA; CORRADI-WEBSTER, 2011). Assim, a partir do momento em que um participante inicia as atividades no ambiente virtual de aprendizagem, ocorre um encadeamento de estímulos aos outros colegas para também iniciarem suas atividades, o que leva ao êxito nas atividades propostas.

Para aqueles que enviaram a tarefa após a data, foi encaminhada uma mensagem oferecendo ajuda caso não estivessem conseguindo finalizar a tarefa. Também foi enviada uma mensagem de estímulo pela finalização da tarefa e para que participassem do fórum do módulo 1.

Em relação ao estímulo para a finalização de tarefas, em estudo realizado sobre a contribuição da educação a distância no processo de qualificação de gestores do SUS, observou-se a necessidade do direcionamento do professor-tutor para que o aluno começasse a interagir com os demais (RANGEL-S, et al., 2012). Em outro estudo que analisou as percepções e atitudes de tutores e alunos nos processos de ensino e aprendizagem *on-line*, foi constatado que o estímulo do professor-tutor no fórum influenciou a interação no curso a distância, favorecendo a participação nos espaços

coletivos (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010). Constatou-se então que, para a participação ativa do aluno no ambiente virtual de aprendizagem, faz-se necessário o professor-tutor estar disponível para auxiliar e estimular, assim como para recomendar ao aluno a trajetória esperada desta na atividade. Esse estímulo do professor-tutor esteve presente a cada mensagem enviada aos participantes, uma mensagem por participante a cada semana.

Na semana seguinte, do dia 24 de outubro até 13 de novembro, era o período para realização do módulo 2. Este continha as seguintes atividades: leituras recomendadas e adicionais, *wiki* para a construção do estudo de caso fictício em grupos e o fórum de análise crítica dos estudos de caso. Este era o módulo mais longo devido, principalmente, à construção do estudo de caso fictício em grupo. Para realizar essa atividade, era necessário fazer a leitura recomendada, que estava direcionada a grupos específicos, ou seja, havia diversos artigos que estavam direcionados, respectivamente, para: enfermeiros e médicos, técnico em enfermagem, auxiliar e técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo. Os grupos também estavam divididos e foram organizados da seguinte maneira: Grupo 1: dois agentes comunitários de saúde, um auxiliar em saúde bucal, um enfermeiro e um técnico em enfermagem; Grupo 2: dois agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, um médico, um técnico em enfermagem, um técnico em saúde bucal; Grupo 3: três agentes comunitários de saúde, um auxiliar administrativo, um médico e um técnico em enfermagem.

Em relação à leitura recomendada, esta foi acessada por oito (47,05%) participantes e, por solicitação dos participantes, o artigo foi impresso e repassado de um colega para o outro.

Após a leitura dos artigos, esperava-se que a construção dos casos fictícios fosse iniciada no *wiki*, porém isso não ocorreu. O *wiki* é uma ferramenta da informação e comunicação com características que possibilitam a interatividade e flexibilidade de utilização, pois permite a organização, edição e atualização constante de conteúdos por meio da criação de uma comunidade de pessoas com interesses em comum (BARRA, et al., 2012).

Havia um encontro presencial previsto para dia 07 de novembro, mas, devido a questões relacionadas ao local de trabalho, não foi possível realizá-lo, sendo marcada

então uma nova data para a semana seguinte. Esse dia foi utilizado para a realização da construção do estudo de caso fictício presencialmente pelos grupos, pois os mesmos não estavam conseguindo realizar a criação através do *wiki*. Estimulou-se a coordenadora para que organizasse os grupos e permitisse que eles finalizassem no dia da reunião de equipe o caso fictício a ser publicado. Assim, nesse dia, os casos fictícios foram finalizados presencialmente e postados no *wiki* por dois grupos: grupo 2 e grupo 3.

Esses estudos de caso, dois no total, que haviam sido postados nos *wikis* de cada grupo respectivamente, não estavam sendo visualizados no *Moodle* e, com a finalidade de facilitar a interação, foram copiados e colocados como fóruns. O grupo que não havia postado, grupo 1, encontrou dificuldades com o ambiente virtual de aprendizagem, pois havia feito o caso fictício em editor de texto e não conseguiu postar no fórum na primeira tentativa. No dia 27 de novembro, cerca de duas semanas após a inserção dos outros casos fictícios no fórum, a participante que havia ficado encarregada de colocar o texto no fórum tentou fazê-lo, porém sem sucesso. No dia 05 de dezembro, outra participante do grupo postou então o caso fictício no fórum desse grupo que ainda faltava apresentar o estudo de caso. Este já estava com um atraso de postagem de cerca de três semanas, o que poderia estar prejudicando a análise crítica por parte daqueles participantes que estavam acessando o fórum, porém não encontravam o estudo de caso do grupo 1 para análise crítica.

A utilização do *wiki* tinha como objetivo estimular a construção coletiva no ambiente virtual e, como ele não foi utilizado para este fim, embora os participantes conhecessem o fórum, esse deslocamento da atividade entre diferentes ferramentas pareceu ser um estímulo à interação. Assim sendo, os casos fictícios, após construção coletiva presencial, foram transcritos para os tópicos do fórum de análise crítica dos mesmos e não foi utilizada a ferramenta de edição de texto coletivo (*wiki*).

Na semana seguinte, dia 14 de novembro, foi realizado o segundo encontro presencial com a equipe. Nesse momento, foi possível visualizar que os participantes não haviam feito a análise crítica dos estudos de casos fictícios no fórum, com uma baixa conectividade nesse período, chegando os participantes a permanecerem de 30 a 40 dias sem acessar o ambiente virtual de aprendizagem. Sugeriu-se que fosse realizada uma escala de horários para possibilitar a todos um tempo específico para a realização

das atividades da intervenção educativa. Ressalta-se que, de acordo com o cronograma, nessa data, o módulo 3 já deveria estar iniciando.

Os participantes presentes nesse dia, que eram poucos, em função da realização de outras atividades da unidade de saúde que estavam acontecendo concomitantemente, afirmaram que não era necessário fazer uma escala e que todos iriam conseguir interagir com o colega e organizar o tempo durante a jornada de trabalho de forma a cumprir com as atividades necessárias na intervenção educativa *on-line*. Também foi definido o dia para a entrevista coletiva: 12 de dezembro, às 15 horas.

Reforçou-se que ainda faltavam atividades no *Moodle* a serem realizadas: no módulo 2, o fórum de análise crítica dos casos fictícios e, no módulo 3, a visualização dos vídeos com os depoimentos e a participação no último fórum, além da pesquisa de avaliação da atividade de educação a distância. O módulo 2 ficou aberto por mais duas semanas, até o dia 27 de novembro, e no dia 28 de novembro foi aberto o módulo 3, podendo ser finalizado até o dia 11 de dezembro, dia anterior à entrevista coletiva.

Nesse encontro presencial, também se conversou com os participantes sobre as atividades no *Moodle*, se todos estavam conseguindo realizá-las de acordo com o cronograma. Naquele momento, pode-se constatar que alguns participantes não conseguiam identificar a localização de materiais disponibilizados na página da intervenção educativa no *Moodle*. Da mesma forma, os presentes não haviam lido os arquivos que continham leituras recomendadas. Essas leituras, ao término da intervenção educativa, haviam sido visualizadas apenas por três (17,64%) participantes.

Os vídeos de depoimentos sobre acolhimento do módulo 3, conforme já citado anteriormente, em função da incompatibilidade com a abertura da página do *YouTube*, foram deixados na área de trabalho do computador da sala de grupos juntamente com os outros. Dessa forma, não foi possível quantificar a visualização ou não desses vídeos com depoimentos sobre acolhimento.

Nos dias 22 e 27 de novembro e 01 e 9 de dezembro, foram enviadas mensagens para todos os participantes retomando as combinações feitas no encontro presencial e também pontuando as atividades que ainda precisavam ser concluídas.

A análise crítica dos estudos de casos fictícios foi realizada em novembro por apenas dois participantes, o restante, todos postaram no fórum apenas entre os dias 05 e 11 de dezembro. O fórum de análise crítica dos estudos de caso foi acessado pelos participantes 337 vezes e foram totalizadas 33 postagens.

Igualmente aconteceu com a participação no fórum sobre a prática do acolhimento do módulo 3, no caso, a última atividade da intervenção educativa. Nesse fórum, 11 (64,70%) participantes postaram suas atividades e estas foram realizadas até dois dias antes do término da intervenção educativa a distância, ou seja, entre os dias 09 e 11 de dezembro. O número de visualizações desse fórum foi de 105 vezes.

O módulo 3 possuía como um de seus objetivos a proposição de ideias que, sendo aprovadas no fórum pelos participantes, poderiam ser implantadas no processo de trabalho da equipe de saúde. No entanto, esse fórum não foi utilizado para tal fim e nenhuma ideia foi proposta, apenas foram postadas reflexões sobre acolhimento, sendo a maioria delas voltadas às dificuldades da prática e da implantação do acolhimento.

Em relação aos fóruns dos módulos 2 e 3, pôde-se identificar algumas dificuldades de uso da ferramenta *Moodle*. Dois participantes não deram sequência ao tópico já existente no fórum do módulo 3 e abriram novos tópicos para inserir seus pareceres. Também teve uma participante que postou no fórum sobre a prática do acolhimento, módulo 3, mas estava referindo-se aos casos fictícios do fórum do módulo 2.

5.3 Avaliação e Possibilidades de Atividades em Educação a Distância

O tema “Avaliação e Possibilidades de Atividades em Educação a Distância” foi constituído pelos subtemas: “Avaliação da Intervenção”, “Reflexão sobre Maneiras de Aprender” e “Possibilidades de Atividades em Educação a Distância”.

No subtema “Avaliação da Intervenção”, será apresentada a avaliação realizada pelos participantes da atividade de educação a distância, sua metodologia e o acesso ao ambiente virtual de aprendizagem.

A avaliação realizada pelos participantes da atividade educativa *on-line* mostrou-se positiva quanto ao aprendizado, ao acesso às informações e à reflexão da prática sobre o tema acolhimento. Estes são expressos pela aquisição de conhecimento relatada pelos participantes, conforme as falas a seguir demonstram:

[...] é uma boa ferramenta de educação. (Participante 7)

Mas eu acho que foi válido para o aprendizado. (Participante 11)

[...] capacitação acrescentou algumas coisas, melhorou, a gente teve uma visão diferente [...] (Participante 3)

Outros estudos também apresentaram a avaliação dos participantes em educação a distância como sendo satisfatória, por terem oportunizado espaços de trocas e construção de novos saberes, bem como geração de conhecimento técnico (NUNES; FRANCO; SILVA 2010; LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010; PAIM; ALVES; RAMOS, 2009). A construção do conhecimento em atividades educativas a distância ocorre quando promove mudanças de posturas e reflexões presentes nas falas dos participantes, mesmo que não tenha ocorrido colaboração entre os mesmos (NUNES; FRANCO; SILVA, 2010).

Cabe ressaltar que a aquisição do conhecimento no ambiente virtual ocorreu com pouca interação, pois, conforme foi apresentado anteriormente na análise do desenvolvimento da intervenção educativa, os participantes acessaram os materiais e postaram as atividades sem promover discussões de pontos de vista, permanecendo estas centradas na exposição de ideias e opiniões individuais. Por interação em ambiente virtual de aprendizagem entende-se como as possibilidades de trocas entre os pares, professores e tutores, através de um diálogo que é realizado por meio de uma ferramenta, como fórum, *chat*, *e-mail*, que modifica o sujeito, o outro, suas mensagens e suas inter-relações e que pode envolver a colaboração e cooperação, sendo estas importantes para a construção do conhecimento na troca que é possibilitada pelo ambiente virtual (BEHAR, 2013). Pode-se observar, nas atividades realizadas no *Moodle*, que as postagens remetiam apenas aos enunciados e não traziam a conotação de contraposição ou de concordância com o que o colega já havia postado. Essa simples exposição de ideias, na qual não há trocas, foi intitulada em no estudo de Nunes,

Franco, Silva (2010) como monólogo; e o diálogo foi definido a partir da cooperação, a qual envolve o ouvir o outro e também o trocar ideias.

Pode-se concluir que mesmo não havendo interação e discussão no *Moodle* nos fóruns, os participantes foram estimulados a refletirem sobre a temática do acolhimento. O ambiente virtual de aprendizagem possibilitou à equipe de saúde um espaço para a exposição de ideias e opiniões, o que foi um “gatilho” para que os mesmos levassem ao presencial os temas sobre acolhimento.

O ambiente virtual de aprendizagem *Moodle* foi avaliado pelos participantes como sendo uma ferramenta que possibilitou conhecer a opinião do outro, havendo o interesse e a preocupação na leitura do que o outro estava trazendo para o fórum, conforme observa-se nas falas:

[...] poder ter acesso à opinião do colega, poder comentar, poder até enfim, o próprio grupo poder discutir [...] Eu acho que foi bem tranquilo pra nós assim, participar da opinião do colega, poder comentar também... (Participante 2)

Eu acho que o grupo se sentiu à vontade pra discutir. (Participante 10)

Eu não notei diferença [referindo-se à diferença de posicionamento dos colegas em relação ao presencial e ao *on-line*]. (Participante 8)

[...] eu pelo menos cada e-mail que recebia eu já ia lá olhar “olha só o que que o meu colega colocou sobre o acolhimento, o que que ele colocou daquele caso”, bom, mas eu penso desse jeito ou eu penso de outro jeito. (Participante 12)

A oportunidade de realizarem comentários no fórum de discussão é um dos aspectos que chama a atenção, pois, conforme comentado anteriormente, a interação entre os participantes foi tímida. A educação a distância em um formato interativo foi uma novidade para esse grupo de profissionais, assim, observou-se que alguns foram leitores atentos, enquanto outros conseguiram aproveitar a oportunidade de registrar as suas opiniões.

Concordando com os referidos achados, Nunes, Franco e Silva (2010) colocam o *Moodle* como um espaço que possibilitou o conhecimento sobre a opinião do colega, preocupando-se com o ponto de vista do outro ao participar nos fóruns de discussão. Em relação à exposição de ideias e opiniões pelos participantes em atividades educativas, a

inibição foi encontrada em um estudo como sendo um fator que influencia negativamente o acesso dos alunos nos fóruns e nos bate-papos (SILVA; CORRADI-WEBSTER, 2011). Neste estudo os participantes referiram sentir-se à vontade para realizarem suas postagens no ambiente virtual, sem medo de serem criticados. No entanto, observou-se que os registros foram escassos possivelmente relacionados à falta de interesse em realizar as atividades propostas na intervenção.

Esse espaço de contato com as opiniões dos demais colegas foi evidenciado na fala do Participante 7, que relatou nunca ter ouvido a opinião do colega sobre acolhimento durante o período de tempo em que a equipe trabalha junto, cerca de um ano e seis meses.

[...] ouvi opiniões de algumas pessoas que eu nunca tinha ouvido opiniões ainda. Que não se manifestam aqui no posto, às vezes em uma reunião quase não falam e aí deu pra conhecer um pouquinho da opinião que essas pessoas têm. (Participante 7)

Assim, pode-se considerar, neste estudo, que o ambiente virtual de aprendizagem foi considerado um espaço no qual os integrantes da equipe de saúde puderam expressar suas opiniões e seus pontos de vista e, ao mesmo tempo, possibilitou o entendimento que o colega tem sobre o acolhimento. O *Moodle* pode ainda ser considerado um potencializador para o reconhecimento de opinião e saberes dos participantes deste estudo, uma vez que muitos indivíduos da equipe não se posicionavam na reunião de equipe, conforme descreve a fala anterior.

A flexibilidade do tempo para a realização das atividades no ambiente virtual e as atividades assíncronas também foram citadas pelos participantes, conforme as falas a seguir, como sendo fatores que permitiam uma maior participação nas atividades.

Eu achei que é uma coisa que tu até pode fazer se tu trabalha, aí tu não faz, aí tu depois entra de novo e aí termina... é uma coisa que tu não termina naquela hora, que pode ser que tu tenhas que fazer aos pouquinhos [...] (Participante 15)

Uma coisa que tu pode sentar ali a qualquer momento, tu pode fazer quando der um tempinho, salva e depois pode corrigir. (Participante 2)

Nas falas dos Participantes 15 e 2, pode-se constatar que consideraram o *Moodle* um ambiente virtual que oferece a possibilidade de ir realizando as atividades no seu ritmo, de forma individualizada. Em estudo realizado com alunos de um curso de pós-graduação na área da saúde, a educação a distância mediada por computador foi considerada como positiva, devido à possibilidade de acesso a diferentes materiais didáticos, revisão das mensagens postadas, flexibilidade espacial e temporal para a realização das atividades e facilidade de troca de informações com os colegas, somadas à possibilidade de interagir com pessoas de diferentes profissões, em um clima de respeito mútuo (RUIZ-MORENO; LEITE; AJZEN, 2013).

Assim, também fica evidenciado que a realização de atividades assíncronas, as quais propiciam a flexibilidade espacial e temporal, podem ser consideradas como um fator facilitador à participação nos fóruns, nas quais o material a ser postado é previamente preparado e posteriormente colocado no fórum, havendo a preocupação de realizar a revisão antes da postagem e a correção, se necessário. Por outro lado, esta flexibilização em realizar uma atividade quando houver uma disponibilidade de tempo, pode favorecer o não acompanhamento do cronograma estabelecido para o desenvolvimento das tarefas.

Algumas dificuldades durante a realização da atividade educativa geraram descontentamentos nos participantes e foram também relatadas nas entrevistas. A falta de tempo para realizar a atividade de educação a distância durante a jornada de trabalho foi uma delas e pode ser observada nas falas a seguir:

Então assim, acho ao menos pra mim, particularmente que foi meio atropelado, porque a atividade aqui dentro é bastante grande [...] Me faltava tempo aqui. (Participante 17)

[...] ponto negativo, da gente conseguir cumprir as tarefas que tinha, do sistema [referindo-se ao ambiente virtual de aprendizagem], junto com as tarefas da unidade[...] (Participante 10)

Essa falta de tempo para participarem mais efetivamente da intervenção educativa foi justificada pelos profissionais devido à concomitância com outras atividades de educação em serviço, estas parecem, através das falas a seguir, ser mais extensas que a proposta pela presente pesquisa.

Eu, por exemplo, peguei um mês e mais outra semana de capacitação na quinta-feira. (Participante 16)

[...] todo o mês de novembro com a equipe desfalcada, porque tinham quatro agentes comunitários e um técnico fazendo treinamento de álcool e drogas. (Participante 12)

A falta de tempo para a realização das atividades no *Moodle* foi unânime entre os participantes, conforme exemplificam as falas dos participantes 17 e 10. É interessante observar que há relatos em outros estudos sobre a dificuldade de finalizar o curso de educação a distância devido à participação concomitante em outro tipo de modalidade de ensino, e que os profissionais se dedicam mais às atividades que são presenciais (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010).

Assim, as dificuldades para realização das atividades propostas durante a jornada de trabalho podem ter sido associadas às atividades que ocorriam concomitantemente com a intervenção educativa, conforme demonstram as falas a seguir:

Talvez, num outro momento, todos nós poderíamos ter se dedicado mais [...] novembro é o mês que institucionalmente a gente tem que cumprir todas as avaliações de competência dos funcionários. [...] tem toda a questão de deslocamento [...] (Participante 12).

[...] a questão do tempo, que eu acho que foi o acaso que acabou que caindo numa data que pra nós tinha esse monte de atividade [...] (Participante 9)

[...] é que a dificuldade maior foi que teve muita capacitação da prefeitura nesse final de ano [...] (Participante 14)

No mesmo período de tempo em que ocorria a intervenção educativa também haviam atividades institucionais sendo realizadas, como as avaliações funcionais e as atividades de educação a distância disponibilizadas pelo Hospital Moinhos de Vento. Essas duas atividades demandam um tempo relativamente extenso, pois os profissionais da equipe de saúde precisam se deslocar para lugares nos quais exista a rede de *internet* institucional. Além dessas atividades, as falas anteriormente citadas também se referem aos inúmeros treinamentos e cursos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde naquele mesmo período da intervenção educativa *on-line*. Pode-se perceber que ocorreu uma priorização das atividades educativas presenciais, as quais exigiam a saída

do ambiente de trabalho para a realização das mesmas, atendendo a proposição da sua chefia imediata.

Em relação à organização do tempo para a realização das atividades de educação a distância, a capacidade de gestão do tempo, estabelecida pela ordenação, estruturação e sistematização do tempo, também foi encontrada em outros estudos como dificuldades enfrentadas pelos participantes (BEHAR, 2013; RANGEL-S et al., 2012).

Outra crítica realizada pelos participantes foi referente ao uso do ambiente virtual de aprendizagem. As falas a seguir demonstram as dificuldades encontradas no uso do *Moodle*:

[...] a gente teve um problema técnico mesmo, a gente teve uma dificuldade com a ferramenta [...] (Participante 12)

[...] eu não consegui achar na realidade aonde é que eu tinha que fazer e onde eu tinha que escrever [...] (Participante 15)

[...] tive dificuldade no início [...] mas agora por último, quando eu finalizei, eu não tive dificuldade. (Participante 3)

As dificuldades no uso de ambientes virtuais de aprendizagem podem dificultar a interação entre os participantes (NUNES; FRANCO; SILVA, 2010). A escolha de um ambiente virtual que consiga promover a interação e a colaboração no processo de ensino e aprendizagem é considerada um desafio (FILHO, 2011), sendo que essa escolha influenciará na avaliação que o aprendiz tem com o ambiente virtual, que é expressada pelas características de usabilidade das tecnologias da informação e comunicação (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010). Alguns participantes apresentaram dificuldades no uso da ferramenta, porém não deixaram de realizar suas atividades, mesmo sendo estas postadas após a data estipulada. Como exemplo, pode-se citar o caso do Participante 12, cujo grupo postou o estudo de caso no fórum duas semanas após o esperado, devido às dificuldades apresentadas no uso do ambiente virtual de aprendizagem *Moodle*. A apresentação do ambiente virtual e o acompanhamento da sua utilização devem ocorrer de forma contínua pela equipe responsável pelo desenvolvimento da intervenção, pois, assim, consegue-se incluir digitalmente todos os participantes.

A identificação do ensino a distância como algo difícil, que exige atenção do estudante para a realização das atividades, também foi relatada pelos participantes:

Não é fácil, não é rápido, porque tu tem que dar uma atenção, tu tem que ter atenção no que tu vai responder, no que tu tá lendo.
(Participante 16)

A educação a distância propõe que o estudante seja sujeito do seu aprendizado e o professor apenas mediador do processo. Dessa forma, no senso comum, acredita-se que a educação a distância seja mais fácil e necessite de pouco empenho por parte dos alunos, por estes não se deslocarem de suas posições, o estudante de receptor e o professor de emissor (BEHAR, 2013). Assim, percebe-se, na fala anterior, o entendimento que o participante teve sobre a complexidade da atividade de educação a distância e a necessidade de organização do tempo para a realização desta, pois somente assim conseguiria realizar uma aprendizagem efetiva e de qualidade a partir da atenção dispensada à realização da atividade.

Além da dificuldade de uso do *Moodle*, outros fatores que emergiram do subtema “Avaliação da Intervenção”, e que podem ser considerados obstáculos na realização de atividades educativas mediadas pelo computador, são o conhecimento e o acesso às tecnologias da informação e comunicação, conforme apresentam as falas abaixo:

[...] se não tem uma noção básica pelo menos de informática e principalmente o acesso à *internet*, apesar de hoje já estar bem mais universal, mas eu acho que esse é um dos pontos que podem dificultar o curso. (Participante 7)

[...] a única acessibilidade de *internet* que eu tenho é aqui no trabalho. (Participante 11)

[...] não tenho *internet* em casa, pra fazer eu tenho que fazer na unidade. (Participante 14)

As falas identificam o acesso à *internet* e o conhecimento sobre informática como fatores que influenciam na realização das atividades de educação a distância. Em estudos realizados, a dificuldade de acesso à rede foi considerada um limitador do desempenho do estudante, além da necessidade de treinamento para o uso de uma

plataforma de aprendizado eletrônico, a qual foi encontrada em um estudo como consenso de todos os participantes (RANGEL-S et al., 2012; PERES et al., 2012).

Assim, o acesso às tecnologias de informação e comunicação, como o computador e a *internet* na Unidade Básica, não foram fatores facilitadores ou que aumentaram a participação dos profissionais dessa Equipe de Estratégia de Saúde da Família nas atividades propostas no ambiente virtual. Existiam sete computadores conectados com a rede de *internet* na unidade de saúde e, mesmo com todo esse suporte tecnológico, os participantes relutaram em acessar o *Moodle* e direcionaram toda a dificuldade de participação na atividade educativa para a falta de tempo durante a jornada de trabalho. Isso evidencia a subutilização dos recursos disponíveis no ambiente de trabalho para a realização de atividades educativas, bem como de um planejamento com destino de carga-horária para realizarem as atividades. Esse fato concorda com os dados de um estudo realizado por Peres (2012), no qual as tecnologias da informação e comunicação foram consideradas subutilizadas, mesmo havendo o acesso facilitado.

Assim, conclui-se que a avaliação da participação em atividades de educação a distância foi satisfatória e prevaleceu no estudo. No entanto, algumas limitações, como a falta de organização do tempo durante a jornada de trabalho, precisam ser ajustadas para um maior êxito em atividades futuras. Acredita-se que o processo de trabalho diário deva incluir um determinado período de tempo para que sejam feitas as atividades de qualificação e aperfeiçoamento profissional, indistintamente se estas forem na modalidade presencial ou a distância.

No subtema “Reflexão sobre as Maneiras de Aprender”, é descrita a experiência dos participantes com a educação em serviço na qual os mesmos participam, além do que consideram importante para ser aluno na modalidade a distância.

As falas a seguir demonstram as atividades de educação em serviço, realizadas pela equipe de saúde, e o tempo disponibilizado para a realização destas:

[...] a prefeitura, de certa forma, nos obriga a fazer várias capacitações. (Participante 12)

[...] eles não dão assim um cronograma de quantas capacitações vai ter o ano todo. [...] sexta tinha capacitação, segunda também teve e amanhã também vai ter. (Participante 9)

Não, não. [referindo-se à carga horária semanal para realizar atividades educativas] A gente faz capacitações presenciais em reuniões de equipe, não com o sistema em que a gente fez esse trabalho. Que foi diferente, bem diferente. (Participante 10)

A educação em serviço disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde consiste em treinamentos presenciais e que não possuem um cronograma anual prévio, ou seja, são definidos baseados nas políticas e nos indicadores de saúde. Nesses treinamentos, a obrigatoriedade de presença de pelo menos um representante da unidade de saúde é exigida, conforme relato da Participante 12. Já as atividades de educação em serviço que são realizadas na própria unidade de saúde são orientadas a partir das necessidades encontradas no cotidiano de trabalho, ocorrem preferencialmente no turno de reunião de equipe e possuem um cronograma anual, porém flexível, conforme relatado na fala do Participante 10. Contudo, apesar da intervenção educativa sobre acolhimento ter sido previamente proposta à equipe, o turno da reunião de equipe não foi considerado como um espaço para a realização de atividades educativas *on-line*, conforme a fala do Participante 10.

Observa-se então um comportamento contraditório sobre a possibilidade de sair do ambiente de trabalho para realizar treinamentos presenciais, mas não conseguir participar da educação a distância proposta sobre o acolhimento durante a jornada de trabalho. Acredita-se que, pelo fato de ter se constituído recentemente, a equipe ainda não conseguiu organizar uma carga horária semanal específica para atividades educativas.

Em estudo realizado sobre o processo de trabalho e a educação permanente no Programa de Saúde da Família, ressaltou-se que é necessário dispor de uma periodicidade, semanal ou quinzenal, para a realização das atividades educativas pelos profissionais (COSTA et al., 2010).

Os participantes destacaram a necessidade de encontros presenciais e de cobranças para realização das atividades da intervenção educativa, conforme consta nos excertos a seguir:

Acho que pra mim faltou isso, parece que faltou um pouco de pressão. [...] agora eu vou parar e vou sentar porque digamos, amanhã não vai abrir né não vai dar pra mim abrir essa atividade [...] em função da

rotina também acaba... sabendo que vai ter aquele horário, aquele espaço a coisa funcione melhor. (Participante 2)

[...] eu preciso ter uma aula presencial [...] (Participante 7)

Nessas falas, evidencia-se a manutenção do modelo tradicional de ensino como a forma predominante de aprender, na qual ocorrem encontros presenciais, com data e hora previamente estabelecidos para a discussão dos temas pertinentes ao cotidiano de trabalho. Em relação às atividades educativas presenciais, em outros estudos também foi apontada a necessidade de desenvolvimento de atividades de forma híbrida, combinando encontros presenciais e a distância (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010; RUIZ-MORENO; LEITE; AJZEN, 2013). É um desafio da superação do modelo tradicional de educação a distância de cunho transmissivo, pois, embora os participantes de um curso parecessem compreender que o acesso e a participação no ambiente virtual era condição necessária para a troca de conhecimentos e informações, a participação interativa não ocorreu da forma esperada (RANGEL-S et al., 2012). Neste caso, o abandono do curso foi atribuído à não adaptação à concepção da aprendizagem autônoma, que enfatiza a interação e a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem na educação a distância (RANGEL-S et al., 2012).

Além de os participantes desta investigação terem referido a necessidade de encontro presencial, a exposição de ideias nos fóruns sem debates, com baixa interação e colaboração, também remonta ao método de ensino de transmissão de conhecimento. Essas características foram encontradas em estudo que propôs uma ação educativa no *Teleduc*, fundamentada na teoria construtivista, na qual a manutenção do modelo tradicional de ensino foi observada através da não cooperação e não interação (NUNES; FRANCO; SILVA, 2010).

Assim, as maneiras de aprender dos entrevistados destacam a realização de educação em serviço presencial e, quando ela for educação a distância, preferencialmente que esta aconteça através da utilização de ferramentas que possibilitem a visualização da opinião do colega, porém com atividades de interação e colaboração em menor quantidade.

A disciplina foi apontada pelos participantes como sendo imprescindível para a realização de atividades em educação a distância. Esta foi um consenso entre os participantes, sendo considerada algo necessário para o bom desempenho na aprendizagem, conforme demonstram as falas a seguir:

O que faltou pra mim mesmo foi a disciplina. Faltou o compromisso mesmo. (Participante 2)

[...] eu não tenha uma autodisciplina tão boa pra poder fazer esse tipo de treinamento [...] (Participante 12)

[...] é bem difícil isso, tem que ter bastante compromisso [...] (Participante 1)

A aprendizagem autônoma é um dos objetivos dos métodos ativos de ensino, colocando o estudante como o responsável pela gestão de sua aprendizagem. Assim, a aprendizagem autônoma é definida como aquela centrada no aprendiz; nela, o estudante é o sujeito, é o gestor do seu próprio processo de aprendizagem. Porém, são dificuldades para a autonomia do aprendiz: a capacidade de gestão do tempo, o planejamento, a autodireção e automotivação (RANGEL-S et al., 2012).

O estudante na educação a distância deve possuir autonomia, autodisciplina e autodidatismo, e essas características foram identificadas pelo Participante 12. A autodisciplina está relacionada à responsabilidade e ao comprometimento consigo mesmo, e a modalidade a distância busca superar a ausência desses atributos que pessoas egressas do modelo presencial trazem (FILHO, 2011).

Assim, denota-se que a disciplina pode estar associada aos acessos ao ambiente virtual, à realização das atividades e também à capacidade de organização do tempo para inserir a educação a distância no cotidiano de trabalho. Observou-se que os acessos ao *Moodle* não foram regulares, as atividades foram concluídas próximas dos encerramentos dos módulos, e a equipe teve que dispor de tempo para fazer as atividades educativas na modalidade presencial.

Um fator que se deve considerar é que os participantes dessa intervenção educativa são provenientes de uma educação baseada no modelo tradicional e apresentaram dificuldades para romper com essa abordagem ao serem inseridos em um contexto de aprendizagem totalmente diferente do que estavam acostumados. Pode-se

dizer que ocorreu uma ruptura paradigmática, apresentando a esses profissionais da saúde não apenas a mediação tecnológica na educação, mas também o trabalho colaborativo e autônomo. Concorde-se quando afirmam que as atividades educativas pautadas na participação e reflexão dos sujeitos partícipes, bem como na construção coletiva são difíceis de serem elaboradas devido à falta de tradição da participação de trabalhadores em espaços de discussão, o que gerou insegurança nos participantes receosos às críticas dos pares sobre seus comentários (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A experiência prévia com atividade de educação a distância pode também ter influenciado na participação e realização das atividades no ambiente virtual. As falas a seguir identificam a experiência prévia dos participantes nessa modalidade:

Eu não tinha, na verdade [...] as atividades que eu conhecia eram essas que são feitas pelo hospital [...] (Participante 2)

[...] não tem muito a ver com o EAD do hospital. Que foi a única experiência que eu tive com EAD foi essa do hospital. Que a do hospital tem um certo e um errado e aqui a gente exerce o nosso ponto de vista. (Participante 11)

Eu já fiz um trabalho, iniciei um semestre na faculdade a distância, então eu já tive. (Participante 1)

As falas demonstram as vivências prévias com educação a distância, sendo esta relacionada majoritariamente com a disponibilizada pelo Hospital Moinhos de Vento, a qual possui uma metodologia de aprendizagem diferente da que foi proposta. A educação em serviço do Hospital se caracteriza por ser em módulos pequenos, sobre temas específicos e no formato de instrução programada, ou seja, sem interação com outros profissionais.

O letramento digital significa a reflexão crítica das informações e o domínio de uso das ferramentas digitais em termos de práticas de leitura e escrita, da cultura do espaço virtual e das formas de comunicação (BEHAR, 2013). Considera-se que a deficiência de letramento digital por parte dos profissionais de saúde participantes desta intervenção educativa pode ter prejudicado o desenvolvimento das atividades de educação a distância propostas. Estudos apontam que a falta de experiência prévia com a utilização de ambientes virtuais de aprendizagem, como o próprio *Moodle*, pode influenciar negativamente na participação nos fóruns (RUIZ-MORENO; LEITE;

AJZEN, 2013; NUNES; FRANCO; SILVA, 2010). Em outro estudo, foi apontado como elemento facilitador de navegação em ambientes virtuais a experiência prévia com o uso de computadores e *internet* (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010). Assim, pode-se inferir que a falta de experiência prévia com atividades de educação a distância com metodologias ativas de aprendizagem pode ter influenciado o desempenho dos participantes, principalmente no que se refere à interação e à colaboração.

A experiência prévia em educação a distância dos participantes nem sempre foi tranquila, como relata o Participante 7:

[...] foi um ano e meio de EAD, eu ainda proroguei mais um semestre quase porque eu não tinha disciplina [...] cheguei à conclusão final que pra mim não funciona. (Participante 7)

Assim, pode-se observar que existem diferentes formas de aprender e que muitos profissionais já reconhecem o seu estilo, preferindo atividades presenciais às a distância. Ao iniciar uma atividade educativa, deve-se conhecer a opinião dos participantes e tentar desmistificar a mesma, valorizando o mesmo enquanto sujeito da sua história e do seu processo de ensino-aprendizagem naquele ambiente (FILHO, 2011). É importante não somente conhecer a opinião do participante em relação a uma atividade de formação, como também os estilos e as necessidades de aprendizagem de cada um.

No subtema “Possibilidades de Atividades em Educação a Distância”, serão apresentadas as recomendações dos participantes que vêm a colaborar com o planejamento de futuras atividades *on-line*. Na fala a seguir, podemos reconhecer algumas delas:

[...] um módulo viável é um módulo curto [...] 30, 15 dias, ou atividades bem pontuais. Eu acho que fazer atividade em grupo, eu não sei se seria o ideal. Eu acho que atividades que pudessem... ler um artigo, assistir um vídeo, naquela sequência responder 10, 20, 30 questões, verdadeiro ou falso...E depois no fórum abrir uma discussão, eu acho que se torna viável. (Participante 7)

Eu acho que se a gente tivesse um pouco mais de tempo seria um pouco melhor. (Participante 6)

[...] pra criar um caso, um caso fictício como estava ali, criar, inventar, eu acho que já não daria. Não consigo me imaginar. (Participante 2)

[...] que eu gostava, porque era dois dias presencial. (Participante 1)

As possibilidades sugeridas pelos participantes concentraram-se basicamente na metodologia de ensino no ambiente virtual: esta deve consistir em módulos curtos; com atividades de leitura de artigo/vídeo, seguida de perguntas e respostas, podendo haver um fórum para a discussão de dúvidas sobre o tema; com flexibilização do cronograma de atividades; preferencialmente sem interação. As atividades educativas deveriam ainda ser híbridas, ou seja, com encontros presenciais e atividades no ambiente virtual de aprendizagem. Os participantes tiveram opiniões divergentes quanto ao período do ano para a realização das mesmas.

Em relação às atividades do ambiente virtual, como a leitura de artigos e visualização de vídeos, seguidas de perguntas e respostas, este tipo de teste somativo e automatizado, que traz um *feedback* instantâneo ao aluno, é uma técnica ligada à reprodução de conteúdos e memorização (OLIVEIRA, 2010). Portanto, esse tipo de avaliação em formato de teste estaria em desacordo com as atividades de educação a distância, as quais preconizam a participação ativa do aluno; no entanto, enquanto método instrucional, poderia ser uma ferramenta válida de avaliação.

Em estudo realizado, o fórum foi avaliado como sendo uma atividade obrigatória e sem importância para a aprendizagem, além de a baixa participação estar relacionada à dificuldade individual de interação (LAGUARDIA; CASANOVA; MACHADO, 2010; PERES et al., 2012). No entanto, em outro estudo, a interatividade ocorrida no fórum foi considerada importante e indispensável para o rendimento acadêmico, porém foi necessário trabalhar com os alunos a questão da autoexposição, no sentido de lidar com os medos e as inseguranças referentes à expressão pela escrita (RANGEL-S et al., 2012). Assim, deve-se preparar os participantes, no início da atividade, para o uso das ferramentas de interação que serão utilizadas.

Em relação à disponibilidade de realizar a atividade em um período de tempo maior do que o programado, foi encontrado em um estudo que a flexibilização do cronograma das atividades deve ser utilizada como meio de potencializar as

aprendizagens individuais e coletivas, e atender a esta demanda dos participantes fará com que não seja perdida a qualidade de participação na educação a distância (OLIVEIRA, 2010). Ressalta-se que o cronograma da intervenção educativa foi estendido e readaptado, procurando atender às necessidades da equipe.

A não interação através de atividades de grupos e a necessidade de encontros presenciais vêm mais uma vez para reforçar a manutenção do método tradicional de ensino. Da mesma forma, esses dois temas são retomados para demonstrar que se faz necessário modificar comportamentos progressivamente, para no futuro serem realizadas atividades de educação a distância com métodos ativos de aprendizagem.

Os participantes, quando questionados sobre qual seria o melhor momento para a realização de atividades educativas, referiram que:

Então fica difícil de saber qual é o tempo que vai ficar mais disponível pra gente fazer. [...] talvez se fosse em um outro momento, fosse realmente mais fácil de se programar. (Participante 9)

É que pra alguns à tarde é mais tranquilo, mas pra nós agentes, a gente não pode dar um horário de trabalho [...] (Participante 16)

Assim, não houve consenso entre a equipe e não se pôde afirmar qual seria o melhor período do ano para a realização de atividades de educação a distância na equipe de saúde pesquisada.

5.4 Competências Desenvolvidas sobre Acolhimento

Neste capítulo, são abordados os temas “Contexto do Processo de Trabalho da Atenção Básica” e “Competências acerca do Acolhimento”.

5.4.1 Contexto do Processo de Trabalho da Atenção Básica

O contexto do processo de trabalho na Atenção Básica configura-se a partir de uma equipe de saúde multiprofissional inserida em um território com particularidades e que atende a uma determinada população. A equipe é composta por agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, acrescida da equipe de saúde bucal, que pode ser composta por cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011c). Os profissionais da equipe de saúde pesquisada atuam juntos há um ano e seis meses, havendo alguns há menos tempo. Cada um desses profissionais é possuidor de saberes que se distinguem de um indivíduo para outro, porém, no todo, constituem o trabalho de uma Equipe de Saúde da Família.

A diferença de saberes e conhecimentos, além das competências específicas de cada profissão, faz alguns indivíduos se posicionarem mais e outros menos na dinâmica das relações interpessoais do trabalho em equipe. No entanto, é possível verificar a colaboração de todos para a resolução e o enfrentamento de problemas, como expresso nas falas:

Às vezes, em uma reunião, quase não falam. (Participante 7)

[...] porque mesmo quando a gente faz a discussão, sempre tem alguns que se posicionam mais e outros que se posicionam menos. [...] nas reuniões de equipe é o momento que a gente “tá” ali pra poder discutir [...] (Participante 12)

[...] pra gente poder fazer as atividades, a gente dependeu de um colega ajudar o outro [...] (Participante 9)

Assim, pode-se observar que, apesar de os integrantes da equipe possuírem a reunião de equipe como espaço de discussão e apresentação de ideias com sugestões para o processo de trabalho, nesse momento nem todos conseguem se expressar. Foi durante a atividade educativa *on-line* desenvolvida neste estudo que esse espaço de trocas e de aproximação entre os colegas ocorreu, como relatado pela Participante 9. Apesar de as reuniões das Equipes de Saúde da Família serem a oportunidade de discussão do planejamento de ações em saúde, com um espaço aberto para todos exporem suas ideias e sugestões, ocorre que alguns se expressavam mais e outros menos (PAVONI; MEDEIROS, 2009). Em outro estudo, a pouca participação na reunião de equipe foi justificada por esta constituir-se apenas um espaço de repasse de informações

e normativas, não havendo discussões ou reflexões sobre o processo de trabalho (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Assim, constata-se a importância de haver uma dinâmica participativa que explore os diferentes saberes não somente nas reuniões, mas também nos momentos de desenvolvimento da educação permanente.

De acordo com as falas anteriormente apresentadas, houve colaboração por parte dos colegas para auxiliar nas dificuldades que alguns estavam apresentando em relação ao uso do ambiente virtual de aprendizagem. Essa integração da equipe para a resolução de um problema, no caso a construção das atividades da intervenção educativa, desenvolveu uma habilidade importante para o trabalho de uma equipe que está iniciando as suas atividades.

Uma das dificuldades enfrentadas no contexto do processo de trabalho da Atenção Básica é o próprio acolhimento. A partir da implantação deste, a demanda por atendimentos nas Unidades de Saúde da Família tem sido relatada pelos profissionais, conforme as falas a seguir, como excessivas, sobrecarregando todos da equipe:

Nós temos as nossas atividades, a gente tem as nossas dificuldades, a demanda é grande e acolher a tudo e a todos é uma tarefa bem difícil. [...] E eu acho que é um processo bastante desgastante pra equipe também. [...] (Participante 12)

[...] a demanda é muito grande e a impressão que eu tenho assim é que a mídia passa é que o acolhimento está aí e vocês serão acolhidos, tem um posto de saúde que vai resolver os problemas de vocês. (Participante 6)

Ambas as falas, tanto do Participante 12 como do 6, trazem o acolhimento como o processo de trabalho que tem o potencial de aumentar a demanda por atendimentos, havendo com isto também o desgaste da equipe em função da necessidade de prestação de um cuidado seguro, de qualidade e resolutivo, o qual é exigido pelo usuário também.

Em um estudo realizado sobre a demanda do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família, foi verificado que a implantação do acolhimento aumentou quantitativamente o acesso da população à assistência básica em saúde. No entanto, os atendimentos permaneceram médico-centrados em função da baixa resolubilidade e autonomia dos outros profissionais de saúde, configurando-se o acolhimento como um pronto-atendimento e triagem. Isso levou à sobrecarga da equipe e à ausência de

qualificação da assistência, havendo um subaproveitamento dos profissionais no cuidado que deveria ocorrer de forma multiprofissional. A manutenção desse modelo de cuidado acaba sendo então perpetuada em função do excesso de demanda, o qual impede a reflexão crítica do processo de trabalho e até mesmo a própria gestão da unidade, que não consegue realizar planejamentos de ações em saúde com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde, baseado no território e suas peculiaridades (BARALDI; SOUTO, 2011). Assim, de acordo com as falas anteriores, fica evidente o sentimento de angústia dos profissionais devido à dificuldade encontrada pela equipe para manejar e organizar toda a demanda espontânea que busca atendimentos, pois, além do acolhimento que ocorre ao longo do dia, existe a procura pelo cuidado continuado, que também necessita de atenção por parte da equipe.

Concepções equivocadas do usuário sobre acolhimento, que recaem em cobranças sobre a equipe, também são evidenciadas no contexto de trabalho, podendo ser visualizadas nas falas a seguir. O protagonismo e a autonomia do usuário no seu cuidado de saúde também emergem das falas dos participantes a seguir como sendo deficientes:

[...] vir pra unidade associado com a consulta. E acolher não é vinculado, necessariamente, a consulta e, sim, tentar de alguma forma ajudar aquele indivíduo naquele momento. (Participante 12)

Por não entender, aí daqui a pouco está lá fazendo uma ouvidoria, tudo por uma questão de não entender como o sistema funciona. (Participante 6)

O paciente tem que ter a contrapartida, tem que se responsabilizar por fazer a parte dele. Nós estamos fazendo a nossa, mas os pacientes, os usuários também tem que fazer a parte deles, senão é um processo que não evolui. (Participante 12)

A hegemonia do modelo centrado na consulta médica pode ser visualizada na fala do Participante 12 ao se referir à busca do usuário somente pelo atendimento médico, ao mesmo tempo em que desconsidera o acolhimento que outros profissionais realizam e que pode ser resolutivo também. Na fala do Participante 6, é apresentada a questão referente à tensão que surge no momento em que o usuário busca atendimento e é acolhido, porém não realiza consulta médica naquele momento e, por não

compreender o processo de trabalho, faz uma reclamação do serviço de saúde através do sistema de ouvidoria.

Em um estudo que analisou a produção bibliográfica sobre o acolhimento na operacionalização de qualificação do SUS, foi encontrada a manutenção da hegemonia do trabalho em saúde centrado na clínica e na consulta médica, o que também era demandado pelo usuário, igualmente ao que está exposto nas falas anteriores. Este considerava o profissional de saúde não médico somente um dificultador do acesso à consulta médica, fator este que levava ao estresse entre os membros da equipe devido à agressividade com que o usuário tratava o trabalhador em saúde, principalmente quando não havia mais vagas para consulta médica (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

A autonomia e o protagonismo do usuário frente à condução da sua saúde é reportada na fala do Participante 12. A responsabilidade por parte do usuário é relatada como deficiente, permanecendo toda a obrigatoriedade de cuidado com resultados para a melhoria da saúde centrada apenas no profissional que realiza o atendimento.

Algumas condutas relacionadas à participação ativa do indivíduo no seu plano de cuidado já têm sido reportadas na Atenção Primária em Saúde. Discute-se a alfabetização sanitária como sendo o grau de acumulação, dos usuários do sistema de saúde, de capacidades para obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam tomar decisões e utilizar os serviços em benefício de sua saúde. Esta afeta a capacidade do usuário de coparticipar da atenção à saúde, de reconhecer e de registrar os sinais e sintomas de uma condição de saúde, de realizar autocuidado, de utilizar práticas preventivas e de compreender e aderir aos tratamentos prescritos, especialmente aos tratamentos medicamentosos (MENDES, 2012). O processo de corresponsabilização construído ao longo do tempo com o usuário é fruto do vínculo e da relação de confiança entre usuário e trabalhador e ainda carrega em si um potencial terapêutico (BRASIL, 2011c). Pode-se concluir que a autonomia e a responsabilidade também por parte do indivíduo no seu status de saúde é um caminho longo a ser percorrido por esta equipe que recentemente está criando o vínculo com a sua população. Além disso, a equipe de saúde tem conseguido visualizar a baixa compreensão do usuário em relação ao acolhimento e ao processo de trabalho da Atenção Básica em Saúde, identificando que esses assuntos precisam ser trabalhados

junto aos usuários para que ocorram melhorias nas ações de saúde, tanto naquelas recebidas por parte do usuário quanto nas prestadas pelo profissional de saúde.

Os encaminhamentos dessas situações de cobranças feitas à equipe de saúde por não conseguir a consulta médica têm se tornado assunto de reflexão pela equipe. A fala do Participante 7, a seguir, demonstra que o trabalho dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família deve ser realizado em equipe:

[...] atendimento de saúde, não importa quem deu, se foi o administrativo, se foi o técnico de enfermagem, se foi o agente de saúde. [...] fazer com o que o usuário veja o acolhimento como um atendimento e que pode ser resolutivo sem a figura do médico sentado ali na frente dele pra dar a orientação. (Participante 7)

Conforme a fala, observa-se a preocupação em repassar à população a orientação sobre essa mudança do modelo de atendimento em saúde a partir do relato de que todos os profissionais que trabalham na unidade realizam atendimentos em saúde e que o acolhimento é feito por todos os integrantes da equipe. O reforço dessa necessidade de orientar e explicar ao usuário sobre o que é acolhimento pode ser um reflexo da atividade educativa *on-line* realizada. Concordando com isso, em um estudo sobre acolhimento coletivo, foi demonstrado que nenhum profissional possui todas as ferramentas para exercer o cuidado e que é então necessário o trabalho em equipe. Além disso, também reforça a importância de repassar ao usuário segurança referente ao trabalho centrado nas tecnologias leves e nas relações com o paciente realizados por outros profissionais de saúde não médicos, possuindo estes a mesma capacidade de cuidar tal como desejam e imaginam (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Assim, o contexto do processo de trabalho na Atenção Básica é permeado por indivíduos com diferentes saberes e histórias de vida, os quais atuam em um território de saúde que historicamente traz o modelo curativista como predominante. A demanda pelos atendimentos é extensa e a cada dia o profissional de saúde consegue organizar menos o seu tempo para realizar discussões sobre o processo de trabalho com o intuito de modificar este modelo de atenção existente. Através da atividade educativa no *Moodle*, possibilitou-se esse espaço de reflexão sobre o acolhimento, podendo essa discussão ter sido aprofundada se o período de tempo da intervenção tivesse sido maior.

Faz-se necessário, portanto, disponibilizar espaços sistematizados durante a jornada de trabalho e com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde para que sejam realizadas as discussões sobre as dificuldades do processo de trabalho, através do reforço do trabalho em equipe.

5.4.2 Competências acerca do Acolhimento

O tema “Competências acerca do Acolhimento” irá abordar os conhecimentos adquiridos sobre acolhimento, as atitudes e as habilidades práticas, identificadas a partir das falas da entrevista coletiva.

O **conhecimento** sobre acolhimento pode ser construído a partir do acesso a materiais didáticos e da troca de saberes entre os diferentes sujeitos de uma equipe sobre o tema. As falas a seguir mostram o acesso aos materiais sobre o tema acolhimento durante a intervenção educativa e a possibilidade de adquirir conhecimento na interação com o outro:

Eu acredito que eu já tenha recebido os próprios conteúdos até dos cadernos de saúde, mas não ter sentado e ter lido assim de ponta a ponta [...] Então depois tu vendo opiniões, tanto o relato ali das colegas no dia-a-dia como é que foi e depois lendo o meu material, assim, acrescenta bastante, soma bastante para nós. (Participante 2)

Só alguns cadernos do Ministério. [...] tinha artigos ali, algumas coisas que a gente até imprimiu pra ter e poder ler que relatavam casos de outras ESFs até fora do nosso Estado. Eu achei bem importante também ver esse conhecimento que tem fora daqui. (Participante 8)

A fala da Participante 2 relata o conhecimento adquirido na formação realizada em serviço a partir dos materiais didáticos disponibilizados na atividade educativa *online* e as contribuições do colega postadas no ambiente virtual de aprendizagem. Da mesma forma, a Participante 8 relata a importância de conhecer outras realidades de implantação do acolhimento como uma maneira de construir novos saberes e até modificar práticas com base em relatos de experiências que foram exitosas. Um estudo realizado para conhecer e compreender a realidade de algumas Unidades de Saúde da

Família no Estado do Acre sinalizou a importância da formação em serviço, devendo esta ser priorizada na busca de adequar a formação com as necessidades de saúde da população, da mesma forma que deve-se fazer uso de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis no contexto de trabalho (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013). Assim, na presente pesquisa, por ter abordado um assunto que está entre uma das maiores dificuldades da Estratégia de Saúde da Família, o acolhimento, esse grupo de profissionais conseguiu rever o conhecimento necessário na busca de uma melhor qualificação no atendimento.

Na fala a seguir, o conhecimento acerca do acolhimento está expresso quando o participante relata que o mesmo é um dever da Estratégia de Saúde da Família:

[...] é uma coisa que é o dever da Estratégia de Saúde da Família acolher, o acolhimento é primordial. (Participante 1)

Essa concepção de que o acolhimento deve ser realizado nas Unidades de Saúde da Família, presente na fala do Participante 1, está de acordo com a proposta do acolhimento enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização, que busca a melhoria do acesso aos serviços de saúde, mudanças de práticas de cuidado e reorganização do trabalho em equipe, para então fortalecer cada vez mais a Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

No intuito de melhorar o atendimento, a reorganização do trabalho em equipe para realizar o acolhimento também é explorada em outras falas:

[...] cada pessoa tem um conceito sobre acolhimento [...] (Participante 3)

[...] porque eu olho o verde, mas pra mim é o verde claro, pra ti é o verde escuro. Mas a intenção é que todo mundo “tá” vendo o verde e ir ali e entender [...] (Participante 1)

Encontra-se, nas falas dos Participantes 3 e 1, a importância do trabalho em equipe, no qual há um objetivo comum entre todos os profissionais de saúde, o acolhimento. Apesar de cada sujeito ter um conceito diferente de acolhimento, todos os integrantes da equipe precisam compreender e praticá-lo a partir de uma mesma base de conhecimento científico. O trabalho em equipe na Saúde da Família é uma prática

concebida como a união de esforços para o alcance de um objetivo comum, no qual “falam a mesma linguagem” a sintonia e o consenso das ações a serem prestadas a indivíduo, família ou comunidade, evidenciando a necessidade de clareza dos objetivos a serem alcançados e também a disponibilidade de todos para partilharem das decisões e das responsabilidades (KELL; SHIMIZU, 2010). Este estudo corrobora com o que foi encontrado na fala do Participante 1, o qual relata a necessidade dessa sintonia e consenso de ações por parte de todos os integrantes da equipe em um só movimento de cuidado em prol do usuário.

Os integrantes da equipe conseguem reconhecer essa necessidade de aperfeiçoamento do conhecimento científico sobre o acolhimento e os benefícios desse conhecimento na prática. As falas a seguir evidenciam isso:

[...] a gente tem aquela noção do acolhimento e já pensa que sabe tudo né? Que tá pronto pra acolher qualquer paciente. (Participante 2)

A gente tem a noção de como é o acolhimento aqui. (Participante 6)

[...] a reflexão ajudou a trazer de volta para uma melhor prática. (Participante 7)

Até a partir da primeira atividade que a gente leu uns artigos [...] até comecei a enxergar de outra maneira a importância daquele momento pro paciente, acho que era assim muito voltado pra nós. (Participante 2)

As falas dos Participantes 2 e 6 identificam um conhecimento já existente sobre o acolhimento antes da realização da intervenção, porém a atividade educativa *on-line* surgiu como uma maneira de estimular a reflexão crítica do conhecimento já existente e também da prática do acolhimento realizado atualmente. Essa atividade também estimulou os participantes a desejarem saber mais sobre outras experiências do acolhimento, conforme a fala da Participante 6, quando ele se reporta ao conhecimento que tem do acolhimento somente do seu local de trabalho, desconhecendo outros processos de trabalho. A fala dos Participantes 7 e 2 trazem a noção de mudança de práticas de cuidado, denotando a existência de um processo de trabalho anteriormente apenas voltado para a equipe, desconsiderando as necessidades do usuário. Para Chagas e Vasconcellos (2013), a partir do momento em que houver a compreensão de que o processo de trabalho em saúde deve ser realizado a partir dos indivíduos, estar-se-ia

caminhando para a construção de um novo modelo de assistência à saúde, ou seja, centrado no usuário e no seu contexto familiar e social, sendo fundamental para a mudança do repensar do processo de trabalho. Assim, a partir da reflexão e da produção de conhecimento possibilitadas pela atividade educativa *on-line*, conseguiu-se identificar a necessidade de modificações, iniciando pela compreensão de como o usuário recebe o acolhimento do profissional da saúde e como as necessidades dele estão sendo visualizadas, escutadas e atendidas pelo serviço de saúde. É a prática da alteridade que se faz necessária para a identificação das necessidades do usuário na produção do cuidado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Outra forma de conhecimento sobre acolhimento adquirido através da atividade de educação a distância realizada foi a conscientização da autonomia profissional, como evidenciado na seguinte fala:

[...] eu tenho direito agora de poder perguntar. Eu não sabia que eu poderia né cobrar também, dos pacientes, fazer aquele acolhimento, querer saber mais sobre eles. (Participante 15)

Nessa fala, o participante conseguiu demonstrar a importância de ter tido o acesso a um novo saber que promoveu segurança para realizar o acolhimento. Segundo um estudo publicado sobre o processo de trabalho em Unidades de Saúde da Família, a prática do acolhimento deve ser realizada por todos os profissionais que ali atuam, ouvindo a necessidade que levou o usuário até o serviço e prestando a orientação ou o encaminhamento cabível e de acordo com a sua competência profissional (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013). Assim, ficou evidenciado que os participantes da presente pesquisa adquiriram conhecimentos sobre acolhimento, até mesmo saberes antes não explorados ou não praticados. Além disso, essa fala reforçou a necessidade de qualificação profissional permanente, pois há profissionais que desconhecem o acolhimento e suas bases teóricas, fato que pode prejudicar o vínculo com o usuário e o cuidado integral.

Na fala do Participante 1, a seguir, foi citado o desconhecimento sobre acolhimento não somente por parte dos profissionais de saúde como também pelos usuários do sistema de saúde:

[...] em relação ao acolhimento, porque é uma coisa que a gente vive o tempo todo e que a gente luta pra colocar em prática uma coisa que é tão difícil, que a população não conhece, que é uma coisa nova pra população e talvez até para muitos trabalhadores da área da saúde. (Participante 1)

Assim, mais uma vez fica evidente a necessidade de produção e de divulgação do conhecimento sobre acolhimento, tanto para trabalhadores de saúde quanto para os usuários, pois, não havendo uma ampla conscientização sobre o processo de trabalho a ser desempenhado pela equipe para a comunidade, não haverá resultados compatíveis com o que é esperado a partir da implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

Esse desconhecimento faz com que os usuários utilizem estratégias diversas para conseguirem acessar o serviço de saúde, ignorando ou desconhecendo as normatizações e a organização do sistema, até mesmo considerando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como atendimentos de “segunda categoria” (CHAGAS; VACONCELLOS, 2013; VILLELA et al., 2009). Os profissionais de saúde, ao desconhecerem os pressupostos das diretrizes do SUS, não conseguem perceber a potencialidade do nível básico de atenção e das ações que manejam as tecnologias leves na resolução dos problemas mais relevantes, como o acolhimento (VILLELA et al., 2009). Dessa forma, reitera-se a importância da disponibilização de espaços de produção de conhecimentos coletivos, os quais podem incluir os profissionais de saúde e também os usuários, adequando ao contexto do processo de trabalho existente.

A **atitude** referente ao acolhimento é um dos outros componentes das competências que pode ser verificado a partir das iniciativas dos participantes do estudo ao lerem o material disponibilizado na atividade educativa *on-line*, ao refletirem sobre o que está sendo posto em prática e ao demonstrarem intenção de modificar e melhorar o processo de trabalho, conforme consta nas falas a seguir:

[...] depois lendo o meu material [...] o que a gente estava fazendo era o correto, mas que pode acrescentar mais [...] Modificar, trabalhar, melhorar, porque achava que já era o suficiente. (Participante 2)

Será que todos procedem assim e como que é visto pelas outras pessoas a questão do acolhimento? (Participante 6)

[...] a reflexão às vezes nos coloca no prumo de novo [...] algumas modificações de pequenas atitudes [...] (Participante 7)

As falas dos participantes trazem implicitamente a reflexão da prática e as intenções de modificações e melhorias no acolhimento, identificam atitudes de reflexão e de transformações da prática que podem ter sido estimuladas por meio da atividade educativa a distância realizada. Os aspectos teóricos, filosóficos e éticos estão contidos no “fazer de forma correta”, no “como os outros fazem e de que forma podemos modificar o nosso fazer” e na “busca do novo”.

Colocar o acolhimento em prática requer uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho. Isso exige, da equipe, uma reflexão sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, e também mudanças dos modos de operar a assistência, como as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2008, 2011a). A busca pela problematização do processo de trabalho ficou evidenciada nas falas anteriores, dessa forma pode-se concluir que a atividade educativa realizada despertou, nos participantes, o desejo de refletir e problematizar as práticas do acolhimento.

Pode-se destacar alguns termos presentes nas falas dos participantes, que identificam atitudes relacionadas ao acolhimento, como, por exemplo, ‘vínculo’, ‘escuta’, ‘confiança’, ‘conversar’ e a própria palavra ‘acolher’, como visto a seguir:

[...] na nossa importância da gente criar aquele vínculo, escutar o paciente [...] é importante eu conquistar a confiança dele, é importante que se sinta à vontade aqui, mas também tem a parte do paciente recebendo aquilo [...] (Participante 2)

Agora eu tenho aquele direito de conversar [...] E agora eu tento perguntar mais [...] Eu não sabia que eu poderia né cobrar também, dos pacientes, fazer aquele acolhimento, querer saber mais sobre eles. (Participante 15)

Esses termos presentes nas falas anteriores vão ao encontro da acepção do termo acolhimento. De acordo com Chagas, Vasconcellos:

“a prática de ‘Acolher’ consiste em uma escuta qualificada que todos os funcionários das unidades básicas de saúde devam realizar ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando ou

encaminhando de acordo com a sua competência profissional".
(CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013, p.4)

O acolhimento é ainda pautado nos princípios do sistema de saúde que busca atender a todas as pessoas que buscam o serviço, garantindo dessa forma o acesso; também objetiva a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo do atendimento médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Assim, foi possível observar que os participantes do estudo conseguiram expressar nos seus discursos os significados do acolhimento, demonstrando uma atitude que busca a melhoria da prática.

Na fala do Participante 2, também há outra atitude relacionada ao acolhimento, que é a busca pela efetivação do modelo de atenção centrado na pessoa e pelo deslocamento da atenção médico-centrada. Isso é visualizado no momento em que ele trouxe a importância de saber como o paciente está se sentindo ao receber o acolhimento realizado pela unidade de saúde. Os serviços de saúde tendem a se estruturar e organizar para atender a suas próprias necessidades e prioridades, estabelecendo os fluxos de acordo com o desempenho do trabalho dos profissionais, não havendo preocupação com as necessidades dos usuários, o que resulta em uma falta de credibilidade e confiança que refletirá no vínculo, no acolhimento e na integralidade da atenção (VILELLA et al., 2009; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013). Assim, o Participante 2 compreende que o acolhimento não deve ser visto sob apenas um ângulo, no caso do processo de trabalho da equipe de saúde, e sim que este deve ser pensado também em como o paciente sente e compreende o acolhimento que está recebendo, além de ter como foco as suas necessidades. De acordo com Mendes (2012), existem oito princípios da atenção centrada na pessoa, e o respeito aos valores, às preferências e às necessidades expressadas pelas pessoas é um deles. Os outros princípios são: coordenação e integração da atenção; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade e transição; e acesso à atenção (MENDES, 2012).

A atitude do profissional ao reconhecer a necessidade do usuário e buscar a resolução desse problema também foi relatada:

[...] a gente precisa conversar, acolher, ouvir o paciente e muitas vezes convencer ele do que ele precisa e não do que ele quer. E aí em algumas situações se torna um desafio e vem as situações de conflito dentro do acolhimento, porque tu quer atender a necessidade do outro e ele não vê aquela necessidade tão importante ou aquela necessidade naquele momento, ele julga que uma outra coisa seja uma necessidade maior [...](Participante 10)

De acordo com essa fala, o Participante 10 intenciona realizar um atendimento condizente com os pressupostos do acolhimento ao eleger prioridades, reconhecendo riscos e vulnerabilidades através da escuta ampliada e da capacidade clínica condizente ao contexto (BRASIL, 2011a). No entanto, esta ânsia por obter uma resolutividade no atendimento pode vir a prejudicar a autonomia do usuário. Concordando com a referida fala, um estudo realizado sobre os desafios da Atenção Básica identificou que os usuários que buscam serviços de saúde não estão familiarizados com a oferta baseada na integralidade e na perspectiva das necessidades de saúde (VILELLA et al., 2009). No entanto, também há estudos relatando que, se o profissional de saúde permanecer preso ao ato normativo e burocrático e não reconhecer o acolhimento como um espaço de diálogo com o usuário que potencializa o reconhecimento de suas necessidades e se não reconhecer o movimento de construção social das necessidades de saúde, não conseguirá acolhê-las e não será resolutivo (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Conclui-se que o trabalho desempenhado pelo profissional de saúde, enquanto atitude a partir dos pressupostos do acolhimento, é complexo e exige do profissional habilidades de escuta, diálogo, vínculo e confiança estabelecidas com o usuário, além de conhecimento clínico, todas estas agregadas para que aconteça a reorganização do processo de trabalho conforme tem sido pretendido a partir da implantação do acolhimento. Essa mudança é necessária tanto no sentido de atender às necessidades percebidas dos usuários, de forma a produzir a autonomia do sujeito, como no sentido de ter atitudes pautadas na classificação de riscos e vulnerabilidades baseadas na disponibilidade dos serviços de saúde, os quais hoje se encontram pressionados pela demanda.

Ocorreu, por parte dos participantes, uma reflexão e uma sugestão para contornar as dificuldades na organização da demanda que busca pelos serviços de saúde:

Imagina se na televisão fizessem um comercial falando o que é acolhimento, pra que serve a estratégia, pra que serve o pronto-atendimento, pra que serve o hospital. [...]Mas não tem outro caminho, não tem outra ferramenta para nos ajudar, é nós sozinho, não tem uma televisão pra anunciar, não tem folhetos. Se não é a gente fazer um folheto, um *banner* pra ensinar o que é, não tem outra pessoa pra fazer. Então eu acho que isso dificulta. (Participante 1)

Essa fala demonstra a reflexão que o Participante 1 teve sobre as dificuldades do acolhimento e as formas de enfrentamento destas, fundamentada em suas crenças e seus valores. O participante acredita que, se houvesse um esclarecimento da população em geral sobre o que cada nível de atenção pode proporcionar no atendimento em saúde, seriam amenizadas as dificuldades referentes ao entendimento que o usuário apresenta sobre o acolhimento. Em um estudo, os entraves organizacionais, como a desarticulação com outros níveis de atenção, teve impacto negativo na implantação do acolhimento (SANTOS; SANTOS, 2011). A sensação de impotência dos profissionais, ao atuarem de maneira isolada frente a determinantes sociais do processo saúde-doença, pode levar esses profissionais ao descrédito da estratégia de saúde da família (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Assim, pode-se compreender, a partir da fala do participante, que existe reflexão e busca de enfrentamentos das dificuldades do acolhimento. No entanto, a resolutividade dependerá da articulação com a participação social.

As **habilidades** relacionadas ao acolhimento são identificadas nas falas que se relacionam à prática deste, aos procedimentos operacionais e técnicos da execução do acolhimento, trata-se do saber-fazer. Nos relatos dos participantes, foi feito o registro da implementação do acolhimento no cotidiano do serviço de saúde como algo instituído e sem o preparo de profissionais de saúde para a execução e o entendimento adequado pelos usuários sobre esse processo de trabalho.

[...] não é simplesmente a Secretaria querer que os postos façam acolhimento, porque a Secretaria vai dizer que o seu médico está lá das 8h às 17h pra lhe atender [...] (Participante 7)

Imagina se na televisão fizessem um comercial falando o que é acolhimento, pra que serve a estratégia, pra que serve o pronto-atendimento, pra que serve o hospital. Muita coisa ia mudar, entendeu, é uma coisa nova. E primeiro ta entrando aqui, para aqueles que executam o trabalho na área da saúde e naqueles que tem que chegar primeiro, que é lá na ponta, que talvez é para o usuário. [...] (Participante 1)

O Participante 7 retrata nessa fala a situação existente nas unidades de saúde do município no qual ocorreu o estudo, onde há a determinação para realizar o acolhimento e onde ainda veicula-se na mídia, pelo governo municipal, que há uma equipe de saúde com médico para atender o usuário em tempo integral. Dando sequência a essa implementação do acolhimento, a fala do Participante 1 traz a deficiência de informações que são repassadas aos usuários do sistema referentes às mudanças que ocorrem nos processos de atenção em saúde, gerando, assim, conflitos com a equipe. Mesmo sendo conhecedores dos benefícios do acolhimento para a reorganização do modelo de atenção e dos benefícios ao usuário do sistema de saúde, são inúmeras as dificuldades encontradas na prática.

Assim, apesar de o acolhimento constar na Política Nacional de Humanização como uma das diretrizes operacionais, as equipes de saúde têm encontrado dificuldades para a execução prática do mesmo. As falas a seguir refletem essas dificuldades:

Como vamos fazer para acolher a todos? [...] a gente tem muita dificuldade com os usuários, na questão da educação. Eles eram atendidos num outro modelo, que não era o acolhimento [...] Todos os dias a gente reforça o que é o acolhimento, como é o funcionamento do posto, que muitos não vão passar pelo médico. (Participante 12)

[...] aí o paciente vai chegar às quatro e não vai ter o atendimento médico porque o médico está atendendo outras coisas. (Participante 7)

[...] na correria nem dá tempo de a gente sentar e falar: “Olha Dona Maria , aqui é assim e assim”. (Participante 1)

As falas acima trazem a dificuldade encontrada para organizar o serviço de saúde a fim de atender à demanda espontânea que busca por atendimento, podendo essa dificuldade ser identificada na preocupação em como fazer para acolher todos, em como deve proceder com aquele paciente que chega no meio da tarde em busca de atendimento médico, sendo que esse profissional está atendendo a demanda de cuidado continuado e agendada. O Participante 12 aborda a dificuldade de repassar as informações para os usuários sobre o acolhimento, pois estas são reforçadas rotineiramente e, mesmo após um ano e seis meses de atendimento, os usuários ainda não compreenderam a organização do processo de trabalho. O Participante 1 relata a falta de tempo, em função da grande demanda, para poder dialogar com o usuário, criar

vínculo e confiança ao explicar como funciona o acolhimento. A demanda aumentada a partir do acolhimento e a insatisfação do usuário por ser atendido por outros profissionais que não médico já foram relatadas em outros estudos (BARALDI; SOUTO, 2011; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; VILELLA et al., 2009).

Outra questão prática do acolhimento também pode ser verificada em algumas afirmações dos participantes, referentes a condutas e procedimentos operacionais realizados.

Que a gente tá fazendo, a gente faz todos os dias, a gente trabalha com o acolhimento integral assim [...] a reflexão ajudou a trazer de volta para uma melhor prática. Às vezes a gente vai só praticando e aí a gente vira tarefeiro [...] Pequenas alterações na prática eu acho que mesmo que seja na prática pessoal, na minha visão sobre aquilo ali. (Participante 7)

Importante de recolher informações dele, de conhecer um pouco da história [...] (Participante 2)

Agora eu converso bastante com os pacientes [...] (Participante 15)

[...] a pessoa é acolhida, o paciente é acolhido assim que ele chega na unidade, ele é recebido pela gente que está na porta. E indica ali, conversa com ele pra ver realmente quer. Ele já começa a ser acolhido ali ou quando a gente vai fazer as visitas. (Participante 3)

O acolhimento integral, obter informações sobre o paciente, conhecer um pouco mais da história, conversar com o usuário, acolher desde o momento que ele chega na unidade de saúde e também nas visitas domiciliares, demonstra habilidades coerentes com os pressupostos do acolhimento (BRASIL, 2011a; BARALDI; SOUTO, 2011; CAVALCANTE FILHO, 2009; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; COELHO; JORGE, 2009; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; SANTOS; SANTOS, 2011). A reflexão e a busca por melhores práticas na realização do acolhimento, que constam na fala do Participante 7, são indicativos de que esse grupo de profissionais de saúde possuem tais questionamentos anteriormente à atividade educativa realizada. Conforme as falas, pode-se constatar que a prática do acolhimento está em construção para a efetivação das mudanças do modelo de atenção, e esta atividade educativa *on-line* pretendeu contribuir para isso.

Outra ação prática condizente com a proposta do acolhimento é a classificação de risco. A fala a seguir demonstra a utilização dessa classificação nos atendimentos realizados na unidade de saúde:

[...] tem outros casos com maior gravidade, com maior necessidade e aí tu tens que convencer aquele paciente de que hoje talvez ele não vá sentar lá, mas que por isso ele não deixou de ser atendido [...]
(Participante 7)

Essa avaliação deve ser um processo dialógico, não unilateral, no qual escutar a avaliação que o usuário faz da sua situação é uma atitude de apoio à construção da autonomia. De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 28, volume 2, uma estratégia importante para garantia de acesso com equidade é a “adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações” (BRASIL, 2012, p. 17). A partir daí, a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão o tipo de intervenção necessária e o tempo em que isso deve ocorrer, pois é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado (BRASIL, 2012).

Concluiu-se que o tema das competências para o acolhimento apresentou um número maior de dados referentes ao conhecimento e à atitude; o assunto habilidades desenvolvidas esteve presente com menor frequência nas manifestações nas falas dos participantes. Isso se deve ao fato de que as habilidades, enquanto procedimentos técnicos e operacionais, podem ser mobilizadas em um período de tempo maior do que as atitudes, pois necessitam das demais competências para sua efetividade, e a equipe escolhida é uma Estratégia de Saúde da Família com um período de atuação em conjunto pequeno, acreditando-se, assim, que esta está em construção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em uma intervenção educativa *on-line* sobre acolhimento. Na intenção de alcançar esse objetivo, realizou-se uma atividade *on-line* com uma Equipe de Saúde da Família, denominada ‘Intervenção Educativa sobre Acolhimento’.

As competências sobre o acolhimento desenvolvidas pela equipe de saúde após a participação na atividade em educação a distância concentraram-se nas relacionadas ao conhecimento seguidas pelas atitudes. As habilidades, por serem competências que necessitam mobilizar o conhecimento e a atitude, não foram tão fortemente evidenciadas, pois acredita-se ser necessário um período de tempo maior para que sejam identificadas nas práticas do acolhimento.

O conhecimento sobre acolhimento foi desencadeado a partir das leituras dos materiais disponibilizados no ambiente virtual e da subsequente reflexão crítica do processo de trabalho que a atividade educativa propiciou. As atitudes foram expressas na intenção de mudanças nas práticas do acolhimento, descritas nas falas dos participantes. A problematização do acolhimento presente nas falas também demonstrou uma forma de reverem as atitudes e refletirem sobre o que está sendo colocado em prática. Quanto à habilidade em relação ao acolhimento, esta esteve relacionada à identificação do processo de trabalho como algo difícil de ser praticado em função da alta demanda por atendimento.

Assim, pode-se concluir que a intervenção educativa *on-line* possibilitou o desenvolvimento de competências no que se refere ao conhecimento e às atitudes frente ao acolhimento e permitiu a identificação das possibilidades de realização de educação a distância no ambiente de trabalho. Havendo a disponibilidade das tecnologias da informação e comunicação para a realização da educação a distância, esta pode ser desenvolvida na Atenção Básica, sendo um recurso que agrega conhecimento a todos os profissionais. No entanto, deve haver uma preparação inicial para o uso dessas tecnologias, bem como a construção de uma rede colaborativa que integre os profissionais de saúde, estimulando o trabalho em grupo por meio da utilização de

métodos ativos de aprendizagem. Outro aspecto importante é a organização institucional para a realização das atividades educativas durante a jornada de trabalho, com o apoio e o incentivo à participação.

A avaliação da intervenção educativa foi positiva no que se refere ao aprendizado a partir das atividades propostas no *Moodle* e proporcionou a possibilidade de conhecer a opinião de colegas da equipe expressa no fórum, principalmente daqueles que não se posicionavam na reunião de equipe. Apesar de os participantes não terem explorado a interação e a discussão de pontos de vista no ambiente virtual, encontraram nesta intervenção um espaço para a exposição de ideias e opiniões sobre o tema acolhimento. A flexibilidade para a realização das atividades, as quais podiam ser organizadas de acordo com a rotina de trabalho de cada profissional participante e em diferentes recursos (impresso, digital), também foi considerada componente importante para as atividades de educação a distância realizadas neste ambiente de trabalho. Já a falta de tempo para realizar a atividade educativa a distância, concomitantemente com outras ações presenciais de educação em serviço da própria instituição e da Secretaria da Saúde do município, foi considerada um aspecto que dificultou a participação e a realização das atividades *on-line*. A dificuldade de uso do ambiente virtual e o pouco conhecimento das tecnologias da informação e comunicação, por um pequeno quantitativo dos participantes, influenciou negativamente no cumprimento dos prazos para postagens das atividades propostas.

A maneira de aprender no trabalho e para o trabalho no cotidiano desses profissionais da Atenção Básica foi retratada nas entrevistas como uma educação em serviço que segue a metodologia de ensino tradicional e presencial, estando ainda voltada à transmissão de conhecimento pelos profissionais que ministram as atividades e à recepção do mesmo pelos profissionais que a assistem.

Os comportamentos dos participantes da intervenção educativa sobre acolhimento, como a necessidade de encontros presenciais e a não interação no ambiente virtual de aprendizagem, reforçaram a resistência dos mesmos em mudarem o modelo tradicional de ensino que conhecem. Os mesmos, frente à proposta de atividade participativa e a distância, destacaram que foi preciso desenvolver uma disciplina,

principalmente a partir da organização do tempo, para a realização das atividades *on-line*.

Entre as recomendações referidas pelos participantes quanto à realização de atividades de educação a distância no ambiente de trabalho, destacaram-se a elaboração de módulos curtos; atividades de leitura de artigo/vídeo seguidas de perguntas e respostas, podendo haver um fórum para a discussão de dúvidas sobre o tema; flexibilização do cronograma de atividades; tarefas preferencialmente sem interação. As atividades educativas deveriam ainda ser híbridas, ou seja, com encontros presenciais e tarefas no ambiente virtual de aprendizagem

Assim, ressalta-se a importância da realização gradativa de atividades educativas em ambientes virtuais de aprendizagem que propiciem trocas e interação entre os participantes, como forma de apresentar diferentes recursos que promovam o aprender a fazer, a ser, a viver juntos, revendo os modelos de educação continuada que objetivam a transmissão unidirecional de conhecimento.

O contexto do cotidiano de trabalho foi relatado pelos participantes como um elemento fundamental para o desenvolvimento de ações de educação em serviço. O processo de trabalho nesta unidade de saúde foi caracterizado como tendo uma enorme procura dos usuários por atendimento médico, sendo o acesso facilitado pelo acolhimento. A discussão sobre a dificuldade em realizar o acolhimento é prejudicada pela falta de um espaço sistematizado no cotidiano para trocas de saberes entre os profissionais, pois a pauta das reuniões de equipe é ampla, alguns profissionais encontram-se em atividades de educação em serviço em ambiente externo à unidade e o excesso de demanda faz com que se estendam os atendimentos. Frente ao apresentado, recomenda-se que ocorra uma reorientação dessa Equipe de Saúde da Família, de forma a resgatar os princípios do acolhimento e valorizar a importância de esclarecimentos dos usuários sobre o fluxo do atendimento, além de criar espaços para discussão sobre as dinâmicas do dia a dia.

Como limitação deste estudo, teve-se a realização da intervenção educativa em apenas uma Equipe de Saúde da Família, a qual possui características específicas tanto em relação à prática do acolhimento quanto do trabalho em equipe realizado em um território singular. A dificuldade de superação do ensino tradicional também pode ser

considerada uma limitação, pois os participantes ainda trazem fortemente os pressupostos do aprendizado presencial, fator este que pode ter relação com a participação limitada e pouca interação no ambiente virtual de aprendizagem.

Recomenda-se que estudos de intervenção com avaliação dos resultados tenham continuidade, integrando, gradativamente e de forma híbrida, atividades presenciais com a distância. Este estudo também sinalizou a importância de repensar os contextos em que se produzem a educação permanente e continuada em Equipes de Saúde da Família, proporcionando o trabalho em grupo e a discussão do cotidiano de trabalho.

6.1 Recomendações para a Assistência, o Ensino e a Pesquisa

A realização do presente estudo alcançou os objetivos propostos, porém trouxe também uma série de novos questionamentos sobre as potencialidades da educação a distância e a utilização de ambientes virtuais de aprendizagem nos processos de educação permanente e continuada na Atenção Básica em Saúde. O acolhimento também fez emergir questões referentes à assistência prestada aos usuários do sistema de saúde, ao ensino e à pesquisa na área da saúde.

Assistência:

- Proporcionar formação específica sobre classificação de risco na Atenção Básica em Saúde;
- Discutir nos espaços de participação social as ações de educação em saúde para os usuários sobre acolhimento e trabalho multiprofissional na Atenção Básica em Saúde;
- Investigar formas de realização do acolhimento em turno integral e seus desdobramentos, sem contudo proporcionar excesso de carga de trabalho para os profissionais de saúde.

Ensino:

- Sistematizar a educação permanente e continuada na jornada diária de trabalho, além do espaço de reunião de equipe;
- Intensificar as ações educativas com Equipes de Saúde da Família, principalmente quando novos programas de atenção em saúde e processos de trabalho são publicados pelo Ministério da Saúde;
- Incentivar a educação a distância com espaços interativos na Atenção Básica em Saúde, visando ao desenvolvimento da autonomia dos profissionais de saúde na aprendizagem;
- Utilizar os ambientes virtuais de aprendizagem como espaço de trocas entre os profissionais de saúde;
- Discutir, junto à equipe multiprofissional de saúde, a utilização das tecnologias da informação e comunicação como ferramentas que possibilitam o aprendizado interativo a partir de um processo crítico e reflexivo;
- Tornar evidente a construção de competências na Atenção Básica com a utilização da educação a distância.

Pesquisa:

- Avaliar o uso do ambiente virtual de aprendizagem interativo e instrucional na Atenção Básica em Saúde;
- Investigar, junto aos profissionais de saúde da Atenção Básica, o aproveitamento do uso das tecnologias da informação e comunicação nos processos de qualificação e aperfeiçoamento profissional.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, L.K. et al. 10 Guiding principles of a comprehensive internet-based public health preparedness training and education program. **Public Health Reports**, Washington, v. 125, Supl. 5, p. 51-60, 2010

ALMEIDA, M.A. **Competências e o processo de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem**: concepção de docentes e discentes. 2002. 245 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ALMEIDA, M.T.C.; BATISTA, N.A. Ser docente em métodos ativos de aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 468-476, 2011.

BARALDI, D.C.; SOUTO, B.G.A. A Demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BARRA, D.C.C. et al. Avaliação da tecnologia *wiki*: ferramenta para acesso à informação sobre ventilação mecânica em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 466-473, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

_____. Decreto nº 5.622 de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2005a. Seção 1, p. 1-4.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização**: documentos para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica: informes técnico-institucionais. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife; v.3, n. 1, p: 113-125, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 2. ed.; 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Assessora para Educação Superior a Distância. **Relatório**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano de trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011c, Seção 1, p.48-55.

_____. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 fev. 2004b, Seção 1, p. 37-41.

BYNUM, A.B.; IRWIN, C.A.; COHEN, B. Satisfaction with a distance continuing education program for health professionals. **Telemedicine Journal and e-Health**, Larchmond, v.16, no.7, p. 776-786, 2010.

- CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-28, 2009.
- CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELLOS, M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013.
- CHANEY, B.H. et al. A Primer on quality indicators of distance education. **Health Promotion Practice**, Chicago, v. 10, p. 222-231, 2009.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n.1, p.1523-1531, 2009.
- COGO, A. L.P. **Construção coletiva do conhecimento em ambiente virtual: aprendizagem da anamnese e do exame físico de enfermagem**. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2009.
- COSTA, V.Z. et al. Educação permanente no programa de saúde da família: um estudo qualitativo. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín – Colômbia, v.28, n. 3, p. 336-344, 2010.
- CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.
- DIFERENTES olhares, diferentes práticas: tornando visíveis os saberes da experiência. Núcleo de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde. Produção: Adriana Pianowski; Elizabete Gonçalves Zuza; Fernanda Augusta Santos Borges; Marcos Botelho. Campinas, São Paulo, 2011.
- DEMERS, A.L.; MAMRY, E.; EBIN, V.J. Creating opportunities for training California's public health workforce. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, Bethesda, v. 31, no. 1, p. 63-69, 2011.
- ESLAMINEJAD, T.; MASOOD, M.; NGAH, N.A. Assesment of instructors' readiness for implementing e-learning in continuing medical education in Iran. **Medical Teacher**, Dundee, v. 32, p. 407-412, 2010.
- FARIA, M.G.A.; DAVID, H.M.S. Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do projeto telessaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n 4, p. 667-673, 2010.
- FERNANDES, C.R. et al. Currículo baseado em competências na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n. 1, p. 129-136, 2012.

FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D.; CÁCERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010.

FILHO, P.A. Educação a Distância: uma abordagem metodológica e didática a partir dos ambientes virtuais. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 41-72, 2011.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GARCIA, R.M.; BAPTISTA, R. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p.70-78, 2007.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1533-1541, 2010.

KHATONY, A. et al. The effectiveness of web-based and face-to-face continuing education methods on nurses' knowledge about AIDS: a comparative study. **BMC Medical Education**, London, v. 9, no. 41, 2009.

LAGUARDIA, J.; CASANOVA, A.; MACHADO, R. A experiência de aprendizagem *on-line* em um curso de qualificação profissional em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-122, 2010.

LEIKOLA, S.N.S. et al. Instructional Design and Assesment. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Columbia, v. 73, no. 6, 2009.

LEMOS, M.; FONTOURA, M. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS- BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 113-120, 2009.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

LITTO, F.M. et al. **Competências para educação a distância**: referenciais teóricos e materiais para validação. São Paulo: Associação Brasileira de Educação a Distância. Disponível em: <<http://www2.abed.org.br/documentos/ArquivoDocumento712.doc>>. Acesso em 14 jul. 2012.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **A Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2012.

MARIN, M.J.S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2011.

MARTINS, T.Y.C.; RIBEIRO, R.C.; PRADO, C. Transdisciplinaridade na educação à distância: um novo paradigma no ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 79-82, 2011.

MENDES, E.V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Necessidades e dificuldade de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no Estado do Paraná, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 871-882, 2011.

MERHY, E. E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2006.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.

MOROSINI, M. V.G.C.; CORBO, A. D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V. M. B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n. 39, p. 985-996, 2011.

NUNES, T.W.N.; FRANCO, S.R.K.; SILVA, V.D. Como a educação a distância pode contribuir para uma prática integral em saúde? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, p. 554-564, 2010.

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

OLIVEIRA, G.P. Estratégias multidimensionais para a avaliação da aprendizagem em cursos *on-line*. **Revista Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v.18, n. 66, p. 105-138, 2010.

PAIM, M.C.; ALVES, V.S.; RAMOS, A.S. Projeto EAD/SUS Bahia: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 104-112, 2009.

PAIM, M.C.; GUIMARÃES, J.M.M. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n.1, p. 94-103, 2009.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processo de trabalho na equipe de estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PERES, C.M. et al. Aprendizado eletrônico na formação multiprofissional em saúde: avaliação inicial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro v. 36, n.1, p. 134-141, 2012.

PESSANHA, R.V.; CUNHA, F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-240, 2009.

PORTO ALEGRE (Cidade). Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão: 1^o quadrimestre de 2012**. Porto Alegre, 2012. 273 p.

RANGEL-S, M.L. *et al.* Redes de Aprendizagem colaborativa: contribuição da educação a distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, p. 545-555, 2012.

ROJO, P.T. *et al.* Panorama da educação à distância em enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1476-1480, 2011.

RUIZ-MORENO, L.; LEITE, M.T.M.; AJZEN, C. Formação didático-pedagógica em saúde: habilidades cognitivas desenvolvidas pelos pós-graduandos no ambiente virtual de aprendizagem. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 19, n. 1, p. 217-229, 2013.

SACRISTÁN, J.G. *et al.* **Educar por competências: o que há de novo?** Trad. Carlos Henrique Lucas Lima. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SANTOS, P.T.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n. 6, p. 788-95, 2010.

SANTOS, I.M.V.; SANTOS, A.M. Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SAUPE, R. et al. Avaliação das Competências dos Recursos Humanos para a Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 654-661, 2007.

SCHWARTZMAN, U.P.; BATISTA, K.T.; ALVES, E.D. Os saberes (des)complicados para educação à distância em saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 20, n 3, p. 265-270, 2009.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.221-233, 2013.

SILVA, E.C.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Competência social para interagir em ambientes virtuais de aprendizagem. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 1, p. 97-102, 2011.

SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária a saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

TESSER, C.D. et al. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TOMAZ, J.B.C.; MOLEN, H.T.V.D. Compreendendo os profissionais de saúde da família como potenciais estudantes na educação a distância. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 201-208, 2011.

VILLELA, W.V. et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1316-1324, 2009.

ZAYAS, E. L.B. (Org.). **O paradigma da educação continuada**. Porto Alegre: Penso, 2012.

WITT, Regina. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICE A - Perguntas Norteadoras da Entrevista de Grupo

- Como foi participar da intervenção educativa em ambiente virtual de aprendizagem na modalidade a distância?
- Os participantes trocaram informações sobre as práticas profissionais do cotidiano de trabalho?
- Como foi a experiência de interagir e de colaborar com diferentes profissionais do ESF?
- Quais foram os conhecimentos adquiridos sobre o acolhimento na atenção básica?
- Quais foram as atitudes, ou seja, o comportamento desenvolvido sobre o acolhimento na atenção básica?
- Quais foram as habilidades, ou seja, o saber-fazer desenvolvido sobre o acolhimento na atenção básica?
- Quais são as implicações práticas que essa intervenção educativa sobre acolhimento pode ser aplicada no atendimento aos usuários da unidade de saúde?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa “Intervenção Educativa *On-line* sobre acolhimento: Competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família”.

Eu, Isabel Cristina Hentges, aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Ana Luísa Petersen Cogo, estou realizando uma pesquisa para fins de coleta de dados para a minha dissertação de mestrado. O objetivo desta pesquisa é analisar as competências desenvolvidas por uma equipe de saúde da família após a participação em uma intervenção educativa *on-line* sobre acolhimento.

Para a coleta de dados, realizarei atividades presenciais e a distância, junto a equipe de Saúde da Família. A atividade de educação a distância, ou seja, mediada por computador, será realizada no ambiente virtual de aprendizagem *Moodle*, intitulado de “Acolhimento na Atenção Básica: uma prática constitutiva das ações em saúde”, com carga-horária de quinze horas, distribuídos ao longo de 45 dias. As atividades presenciais serão realizadas após a finalização da atividade mediada pelo computador através de entrevistas de grupo, que terão como objetivo a discussão do tema, a interação entre os participantes e a avaliação do curso. O número de encontros para as entrevistas de grupo dependerá do desenvolvimento de todas as questões propostas.

Diante do exposto, venho a convidar você a participar como sujeito desse estudo.

Autorização:

Eu, _____, declaro que fui informada(o) dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, assim, autorizo que sejam utilizados os dados por mim registrados no ambiente virtual de aprendizagem, referentes ao conteúdo em estudo, e que participarei de uma entrevista de grupo agendada e com previsão máxima de 120 minutos, a serem realizadas na Unidade de Saúde da Família no turno de reunião de equipe. Os grupos serão gravados e conduzidos a partir de um instrumento-guia e o uso da gravação ocorrerá sob minha autorização. As fitas serão, após transcrição da sessão, armazenadas por cinco anos. Da mesma forma, fui informada(o) quanto a garantia do anonimato e confidencialidade das

informações fornecidas por mim e que estas serão utilizadas somente para fins da realização da dissertação e para os artigos ou comunicações que dela resultem. Estou ciente que a participação é livre e mesmo após seu início posso recusar-me a responder qualquer pergunta ou encerrar a minha participação, sem nenhum prejuízo às minhas atividades profissionais. Estou esclarecido (a) dos riscos não previstos, mas iminentes a toda pesquisa que poderão ocorrer.

Considero-me esclarecida(o) da proposta de pesquisa, concordando em participar da mesma. Estou ciente que ficarei com uma via dessa declaração.

Data: ___/___/___

Assinatura participante

Assinatura pesquisadora

Assinatura Pesquisadora

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Mda. Isabel Cristina Hentges

Telefone das pesquisadoras:

Mda. Isabel C. Hentges: (51) 8506-7012

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo: (51) 9913-8365

Telefone Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS: (51) 3308-3738

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Moinhos de Vento:

(51) 3314-3537

APÊNDICE C – Termo de Ciência do Responsável pelo Banco de Dados

Termo de Ciência do Responsável pelo Banco de Dados

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

Estou ciente de que as pesquisadoras Isabel Cristina Hentges e Ana Luísa Petersen Cogo estarão desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Intervenção Educativa *On-line* sobre acolhimento: Competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família”, e que se comprometem em garantir o anonimato dos participantes da atividade educativa cujos dados estarão armazenados no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Institucional utilizado como intervenção em pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no ano de 2013.

As pesquisadoras fizeram o **Termo de Compromisso para Utilização de Dados** que está anexado ao projeto.

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2013.



Prof. Dra. Eva Neri Rubim Pedro
Diretora da Escola de Enfermagem da UFRGS
Prof^a Dra. Eva Neri Rubim Pedro
Diretora da EEnf-UFRGS

APÊNDICE D – Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto: Intervenção educativa on-line sobre acolhimento: competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família

As pesquisadoras do presente projeto de pesquisa, Isabel Cristina Hentges e Ana Luísa Petersen Cogo, se comprometem em preservar a identidade dos participantes da **Intervenção Educativa sobre Acolhimento** cujos dados estarão armazenados no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Institucional realizado em 2013.

As pesquisadoras concordam que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com a finalidade científica. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão guardadas digitalizadas por cinco anos.

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2013.



Isabel Cristina Hentges
(Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS)



Dra. Ana Luísa Petersen Cogo
(Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS)

Telefones para contato com as pesquisadoras: (51) 85067012 / (51) 99138365

Apêndice E - Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz

Eu, _____, CPF _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz através de depoimento a ser realizado para utilização na intervenção educativa do projeto de pesquisa intitulado: “Intervenção Educativa On-line sobre acolhimento: Competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família”, sob responsabilidade da orientadora Profª. Dra. Ana Luísa Petersen Cogo e da Mestranda Isabel Cristina Hentges, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Hospital Moinhos de Vento. O objetivo desta pesquisa é analisar as competências desenvolvidas por uma equipe de saúde da família após a participação em uma intervenção educativa on-line sobre acolhimento.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para serem inseridos no *Moodle*, na intervenção educativa com formato de educação a distância, intitulada de “Acolhimento na Atenção Básica: uma prática constitutiva das ações em saúde”.

Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável. Da mesma forma, fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso da minha imagem e som de voz na pesquisa acima descrita.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da realização da intervenção educativa.

Assinatura do (a) participante

Assinatura pesquisadora

Assinatura Pesquisadora

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Mda. Isabel Cristina Hentges

Telefone das pesquisadoras:

Mda. Isabel C. Hentges: (51) 8506-7012

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo: (51) 9913-8365

Telefone Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS: (51) 3308-3738

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Moinhos de Vento:

(51) 3314-3537

ANEXO 1 - Ofício de Ciência de Desenvolvimento do Estudo

Porto Alegre, 10 de janeiro de 2013.

Prezada Senhora Isabel Cristina Hentges,

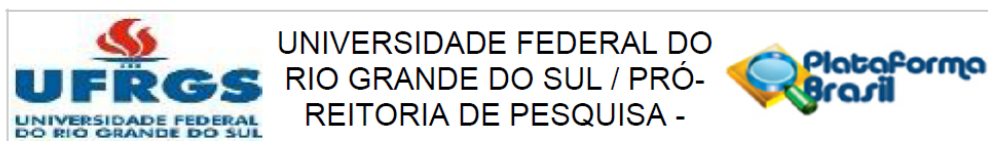
A UGB Assistência Social da Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) está ciente do seu interesse, como pesquisadora, para a realização de uma intervenção educativa na modalidade de educação a distância sobre o tema "acolhimento" na Unidade de Saúde da Família Núcleo Esperança localizada na Rua 7114, nº 23, bairro Restinga, para a realização da dissertação mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Enquanto representante da UGB Assistência Social saliento o interesse e autorizo a realização do estudo intitulado Intervenção Educativa *On-line* sobre Acolhimento: competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família, que tem como objetivo analisar as competências desenvolvidas por uma equipe de saúde da família após a participação em uma intervenção educativa *on-line* sobre acolhimento, sob a responsabilidade da coordenadora Professora Doutora Ana Luisa Petersen Cogo, junto a Equipe de Saúde da Família Núcleo Esperança que será desenvolvido durante o turno de trabalho e contabilizará no indicador horas/treinamento.

Enfa. Giovana Paggiarin Skonieski
Supervisora Operacional
UGB Assistência Social

Giovana Skonieski
Supervisora Operacional
Assistência Social
(51) 3314 3602 e 3314 31 26
Hospital Moinhos de Vento

ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção educativa online sobre acolhimento: competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família

Pesquisador: Ana Luísa Petersen Cogo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12552613.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 261.119

Data da Relatoria: 02/05/2013

Apresentação do Projeto:

cf. parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

cf. parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

cf. parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

cf. parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

cf. parecer anterior.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

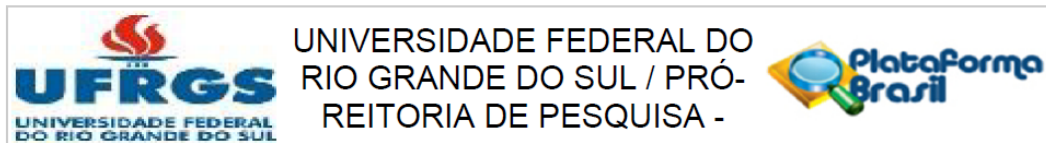
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 261.119

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

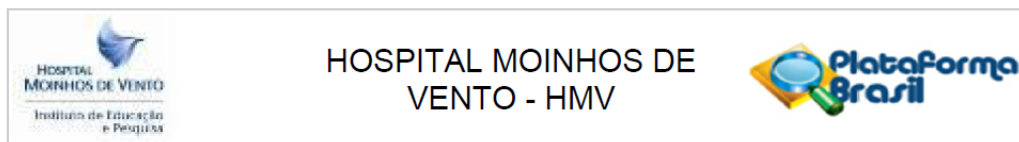
Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 02 de Maio de 2013

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO 3 - Parecer Consubstanciado do CEP da Instituição Coparticipante



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção educativa online sobre acolhimento: competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família

Pesquisador: Ana Luísa Petersen Cogo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12552613.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 282.512

Data da Relatoria: 15/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem da UFRGS, que pretende analisar as competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em uma intervenção educativa na Plataforma Moodle sobre acolhimento. Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada em uma Equipe de Saúde da Família conveniada à Assistência Social do Hospital Moinhos de Vento. Será aplicado um questionário no ambiente virtual (Moodle), a ser preenchido durante a jornada de trabalho por 19 participantes: dois médicos, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, uma odontóloga, uma técnica em saúde bucal, uma auxiliar em saúde bucal, um auxiliar administrativo.

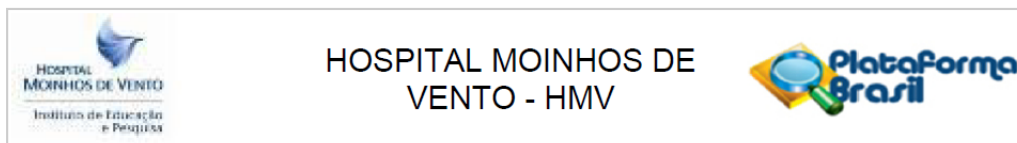
Entrevistas de grupo, semi-estruturadas, com a participação de seis a oito pessoas por grupo, complementarão o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as competências desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em uma intervenção educativa on-line sobre acolhimento.

Desenvolver uma intervenção educativa sobre acolhimento a distância, via ambiente virtual, que possibilite contextualizar as práticas dos profissionais de saúde.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 282.512

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Potencial melhoria nas práticas de saúde por intervenção educativa à distância e pelo desenvolvimento de competências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto aprovado pelo CEP do HCPA/UFRGS (Instituição proponente).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aprovação CEP HCPA/UFRGS

TCLE adequado

Carta de autorização para utilização da Plataforma de ensino a distância

Recomendações:

Projeto metodologicamente adequado e sem óbices éticos para desenvolvimento dentro da Instituição

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 23 de Maio de 2013

Assinador por:
Sérgio Luís Amantéa
 (Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D	CEP: 90.035-001
Bairro: Floresta	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537	E-mail: cep.iep@hmv.org.br