MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

NAYARA SANTOS MARTINS NEIVA DE MELO

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O CURSO SOB A PERSPECTIVA DOS MESTRANDOS

NATAL/RN
2014

NAYARA SANTOS MARTINS NEIVA DE MELO

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O CURSO SOB A PERSPECTIVA DOS MESTRANDOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Doutor Antônio Medeiros Júnior

NATAL/RN
2014

Catalogação na Fonte. UFRN / Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia "Profº Alberto Moreira Campos".

Melo, Nayara Santos Martins Neiva.
Mestrado Profissional em Saúde da Família: o curso sob a perspectiva dos mestrandos / Nayara Santos Martins Neiva Melo. – Natal, RN, 2014.
106 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestrado Profissional em Saúde da Família.

1. Educação de Pós-Graduação – Dissertação. 2. Formação de Recursos Humanos – Dissertação. 3. Recursos Humanos em Saúde – Dissertação. I. Medeiros Júnior, Antônio. II. Título.

RN/UF/BSO Black D081

Nayara Santos Martins Neiva de Melo

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O CURSO SOB A PERSPECTIVA DOS MESTRANDOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Antonio Medeiros Junior - UFRN

(Orientador)

Profª. Dra. Iris do Céu Clara Costa – UFRN

(Membro Externo ao Programa)

Profª. Dra. Maria do Carmo Eulálio – UEPB

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 24 de novembro de 2014.

DEDICATÓRIA

À minha filha, Lara Neiva de Melo, porque é tudo por ela e para ela sempre, todo o meu amor, o meu desejo de ser melhor e de superar os desafios. São por ti todas as coisas, meu amorzinho.

AGRADECIMENTOS

A minha Lara, filha amada, por ser a maior realização da minha vida, a motivação das minhas conquistas, por ter me tornado uma pessoa melhor com a sua chegada, a ela dedico o melhor de mim, o meu amor maior, incondicional e acima de todas as coisas sempre.

Aos meus pais, Zeneide e Cinobelino, pelo exemplo de luta, por terem desde muito cedo, me ensinado que a educação é a maior força transformadora do universo, e que somada a trabalho árduo e dedicação, é chave de todas as conquistas.

Ao meu esposo Erick, pela ajuda e companheirismo na vida e na execução deste trabalho, e por ser sempre fortaleza em minha caminhada, presença afetiva em todos os momentos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, por ser um exemplo de educador dos novos tempos, por estimular em mim o desenvolvimento de uma nova percepção sobre a construção do conhecimento e por me guiar na árdua seara da pesquisa.

A todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, em especial aos da nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela garra e pela coragem ao abraçarem com tanta dedicação o desafio de serem desbravadores de uma nova forma de produzir conhecimento em saúde.

Aos colegas de mestrado e de jornada, pela paciência e generosidade, ao compartilhar do seu trabalho e do seu conhecimento comigo, aprendi muito com vocês.

A todos os funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela atenção e presteza ao longo desses anos.

A todos que de alguma forma contribuíram e torceram pela realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“Eu creio em mim mesmo. Creio nos que trabalham comigo, creio nos meus amigos e creio na minha família. Creio que Deus me emprestará tudo que necessito para triunfar, contanto que eu me esforce para alcançar com meios lícitos e honestos. Creio nas orações e nunca fecharei meus olhos para dormir, sem pedir antes a devida orientação a fim de ser paciente com os outros e tolerante com os que não acreditam no que eu acredito. Creio que o triunfo é resultado de esforço inteligente, que não depende da sorte, da magia, de amigos, companheiros duvidosos ou de meu chefe. Creio que tirarei da vida exatamente o que nela colocar. Serei cauteloso quando tratar os outros, como quero que eles sejam comigo. Não caluniarei aqueles que não gosto. Não diminuirei meu trabalho por ver que os outros o fazem. Prestarei o melhor serviço de que sou capaz, porque jurei a mim mesmo triunfar na vida, e sei que o triunfo é sempre resultado do esforço consciente e eficaz. Finalmente, perdoarei os que me ofendem, porque compreendo que às vezes ofendo os outros e necessito de perdão.”

Mahatma Gandhi.

RESUMO

Os mestrados profissionais foram criados no Brasil na década de 1990 em resposta às transformações sociais ocorridas no mundo do trabalho e têm como objetivo formar profissionais de alto nível com perfil próprio para diversas atividades da sociedade e para o setor produtivo. Constituem-se na mais inovadora modalidade da pós-graduação brasileira e carecem, portanto, de legitimação de sua identidade, o que suscita a necessidade de discussões para obter maiores esclarecimentos e delinear as características dessa modalidade de pós-graduação. Deseja-se construir novos entendimentos sobre suas peculiaridades partindo da ótica dos discentes do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, e não apenas de acordo com as semelhanças e diferenças em relação ao mestrado acadêmico. O presente estudo tem como objetivo apreender os significados atribuídos pelos mestrandos à formação no referido curso e trata-se de um estudo qualitativo e exploratório. Os sujeitos são os 100 discentes em formação no ano de 2013, distribuídos entre as seis instituições nucleadoras da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Para a coleta de informações foi realizada pesquisa documental nos registros institucionais de todos os discentes, assim como entrevistas. Foram entrevistados 15 discentes, distribuídos nas seis instituições nucleadoras. As informações obtidas por meio de entrevistas gravadas foram transcritas e resultaram em dois *corpus* de análise, posteriormente submetidos ao software Alceste© 4.9 para identificação das classes semânticas. Pode-se concluir que o curso proporcionou uma ressignificação de práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família, considerando o contexto organizacional da Atenção Básica na região Nordeste e as especificidades do trabalho em saúde. Mesmo diante de dificuldades do alunado relacionadas à apropriação dos métodos de pesquisa e à própria metodologia ativa da aprendizagem baseada em problemas, o curso contribuiu efetivamente para o aprimoramento dos processos de trabalho na Atenção Básica, valorizando o trabalho em equipe e permitindo a aquisição de novos conhecimentos científicos.

Palavras-Chave: Educação de pós-graduação. Formação de Recursos Humanos. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

Professional masters were created in Brazil in the 1990s in response to social changes in the world of work and aim to train high-level professionals with own profile for various activities of society and the productive sector. They are up in more innovative mode of graduate studies in Brazil, and therefore lack of legitimacy of their identity, which raises the need for discussions to get further information and outline the characteristics of this postgraduate modality. You want to build new understandings about their peculiarities starting from the perspective of students from the Professional Masters in Health Net Northeast Family Training in Family Health, and not only according to the similarities and differences with the academic master. This study aims to understand the meanings attributed by masters training in that course. This is a qualitative, exploratory study. The subjects are 100 students in training in 2013, distributed among the six institutions nucleation Network Northeast Training in Family Health. To collect information desk research was conducted in institutional records of all students, as well as interviews. We interviewed 15 students, distributed in the six nucleation institutions. Information obtained through recorded interviews were transcribed and resulted in two analytical corpus subsequently submitted to Alceste © 4.9 software for identification of semantic classes. It can be concluded that the course provided a redefinition of professional practices in the Family Health Strategy, considering the organizational context of primary care in the Northeast and the specifics of the health work. Even before the student body difficulties related to ownership of research methods, and the very active methodology of problem-based learning, the course effectively contributed to the improvement of work processes in primary care, valuing teamwork and allowing the acquisition of new scientific knowledge.

Key-words: Postgraduate Education. Human Resource Training. Human Resources for Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ALCESTE - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto

CEP/HUOL - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

DCN - diretrizes curriculares nacionais

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

PBL - Aprendizagem Baseada em Problemas

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCE - Unidade de Contexto Elementar

UCI - Unidade de Contexto Inicial

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

USF- Unidade de Saúde da Família

UVA – Universidade Vale do Acaraú

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Grupo tutorial: os sete passos. Natal-RN (2014)..... 27
Tabela 1 - Distribuição dos discentes da RENASF quanto ao sexo, profissão, tempo transcorrido desde a conclusão da graduação e linha de pesquisa escolhida na ocasião do processo seletivo para o mestrado. Natal-RN (2014)..... 36
Figura 1 - Dendograma do corpus 1. Natal-RN (2014)..... 38
Quadro 2 - Representação das classes do corpus 1. Natal-RN (2014)..... 39
Figura 2 - Dendograma do corpus 2. Natal-RN (2014)..... 54
Quadro 3 - Representação das classes do corpus 2. Natal-RN (2014)..... 55

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**12**
2	**OBJETIVOS**	**13**
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	**REVISÃO DE LITERATURA**	**15**
3.1	A PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL	15
3.2	O MESTRADO PROFISSIONAL	17
3.3	O MPSF E A RENASF	22
3.4	AS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS NO MPSF DA RENASF E A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP) OU *PROBLEM-BASED LERNING* (PBL)	23
4	**DIMENSÕES ÉTICAS**	**28**
5	**METODOLOGIA**	**29**
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	29
5.2	CAMPO DO ESTUDO	30
5.3	SUJEITOS DA PESQUISA	31
5.4	ETAPAS DA PESQUISA	32
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	33
6	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	**35**
6.1	QUEM SÃO OS DISCENTES DA RENASF	35
6.2	CORPUS 1 – A PERCEPÇÃO DOS MESTRANDOS ACERCA DO CURSO	37
6.2.1	**Classe 1 – O aprimoramento do trabalho na atenção básica**	**39**
6.2.2	**Classe 2 – A pós-graduação enquanto possibilidade de reflexão sobre as práticas cotidianas**	**42**
6.2.3	**Classe 3 – A importância da multiprofissionalidade/interdisciplinaridade.**	**44**
6.2.4	**Classe 4 – O estranhamento frente ao desconhecimento**	**46**
6.2.5	**Classe 5 – O desafio da produção do conhecimento**	**48**
6.2.6	**Classe 6 – Fragilidades e dificuldades relacionadas à metodologia**	**51**

6.3 CORPUS 2 – PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DO MPSF DA RENASF PARA AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ESF..... 54
6.3.1 Classe 1 – As experiências mais marcantes e a ressignificação das práticas..... 55
6.3.2 Classe 2 – Identificando as dificuldades do processo de trabalho na atenção básica..... 59
6.3.3 Classe 3 – As situações de vulnerabilidade e os desafios do trabalho na atenção básica..... 64
6.3.4 Classe 4 – Ampliando o olhar..... 68
6.3.5 Classe 5 – O uso das ferramentas de abordagem familiar..... 71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 74
REFERÊNCIAS..... 77
APÊNDICES..... 85
ANEXOS..... 90

1 INTRODUÇÃO

A formação foi, ao longo do século XX, pautada em um modelo de conhecimento essencialmente disciplinar, impondo de certa forma uma produção científica descontextualizada, na qual a distinção entre outras formas de conhecimento e o conhecimento científico era total (SANTOS, 1995).

Segundo Morin (2004), o desenvolvimento da ciência causou os inconvenientes da dissociação dos problemas, da superespecialização e do despedaçamento do saber; obrigando-nos a reduzir o complexo ao simples e a eliminar tudo que causasse contradições em nosso entendimento.

Ao longo da última década, ocorreram mudanças que apontaram o surgimento de outro modelo de conhecimento, um conhecimento que tem como princípio norteador a aplicação que lhe pode ser dada, um conhecimento contextual (SANTOS, 2010).

Nesse novo cenário, os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades enquanto sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, acesso e cidadania para fazer frente aos desafios impostos pelo mundo do trabalho. É da contextualização entre teoria e prática que partem as reflexões necessárias ao desenvolvimento de capacidades profissionais diferenciadas em relação àquelas adquiridas apenas por meio dos conteúdos presentes nas disciplinas (CHIESA et al., 2007).

Surge então outro modelo de aprendizagem, mais alinhado com essa nova demanda, e que visa o desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, somados, proporcionam diferentes modos de realizar, com qualidade, um trabalho. É a chamada aprendizagem por competências. Em um currículo orientado por essas, os conteúdos devem emergir da prática, sendo explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, frutos de uma construção social. (CHIESA et al., 2007).

A pós-graduação brasileira, historicamente, deu prioridade ao desempenho acadêmico vinculado a um sistema altamente subsidiado, cuja principal função sempre foi se auto-alimentar, e que, salvo algumas exceções, não produz ciência de padrão internacional, não gera tecnologia para o setor produtivo, e também não consegue dar a devida prioridade aos que buscam formação avançada para o mercado de trabalho não acadêmico (BRASIL, 2010).

No entanto, segundo o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (2012), a natureza da pós-graduação no Brasil vem transcendendo os limites da formação fundamentalmente voltada para a academia e tem sinalizado mudanças que apontam a consolidação de um novo rumo.

Os mestrados profissionais têm se revelado uma oportunidade inovadora e bastante interessante para os profissionais que pretendem obter a titulação de mestre, mas preferem investir em uma formação que dê protagonismo à experiência profissional e à aquisição de conhecimentos para uma prática sintonizada com as necessidades oriundas do mundo do trabalho (CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS, 2012).

É nesse contexto onde se insere o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), que adota em seu currículo o aprendizado por competências, além de fazer parte dessa recente modalidade de pós-graduação do sistema de ensino brasileiro.

Corroborando essa realidade, Santos (2010) trata do conceito de ecologia dos saberes, que é a promoção do diálogo entre o saber científico e o saber leigo circulante na sociedade, deixando de lado a marginalização do saber não científico, promovida historicamente pela universidade e que gerou injustiça cognitiva e social. Assim, emerge a convivência ativa de saberes, a reorientação solidária da relação entre sociedade e universidade.

Nesse cenário, pretende-se desenvolver um estudo que coloque em foco a identidade do mestrado profissional que, segundo Santos, Hortale e Arouca (2012), foi instituído no Brasil em 1995 e ainda carece de maiores esclarecimentos acerca de suas características. Pretende-se construir novos entendimentos sobre as peculiaridades dos mestrados profissionais, partindo da ótica dos discentes do MPSF da RENASF.

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pelo fato de existirem ainda muitas dúvidas acerca dos mestrados profissionais, inclusive por parte da comunidade acadêmica, e de sua importância enquanto estratégia de pós-graduação que possibilita a utilização crítica do conhecimento científico no mundo do trabalho.

Assim sendo, acredita-se ser de extrema pertinência, no que diz respeito ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, o desenvolvimento de pesquisas acerca do seu universo, com o intuito de esclarecer melhor algumas questões, em especial as referentes ao perfil dos discentes: suas percepções em relação ao curso e ao potencial deste enquanto instrumento que permita articular educação, atenção, gestão, investigação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Apreender os significados atribuídos pelos mestrandos à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de formação em Saúde da Família (RENASF).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos mestrandos acerca do curso;
- Analisar as contribuições do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de formação em Saúde da Família (RENASF), para as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

A gênese da pós-graduação no Brasil data da década de 30, quando na proposta do Estatuto das Universidades Brasileiras; Francisco Campos, no decreto número 19.890 de 18 de Abril de 1931 - chamado Reforma Francisco Campos - trata da implantação dos primeiros cursos de doutorado no Brasil. Em consonância com esse decreto; é implantado, ainda em 1931, o doutorado em Direito da Universidade do Rio de Janeiro (SANTOS, 2003).

Seguiram-se ao doutorado em Direito da Universidade do Rio de Janeiro, os cursos de doutorado implantados na Universidade de São Paulo, em 1934, e na Faculdade Nacional de Filosofia, em 1939, ambas instituições de ensino recém-criadas. O modelo adotado por esses primeiros cursos de pós-graduação foi o modelo europeu, onde era previsto um mínimo de dois anos de estudos sob tutoria de um catedrático da área e uma defesa de tese (SANTOS, 2002).

Fazendo-se uma retrospectiva da trajetória da pós-graduação no Brasil, observa-se que a sua história é bastante recente, sendo a própria nomenclatura pós-graduação utilizada de maneira formal apenas nos anos 40, no Estatuto da Universidade do Brasil, que versava no seu artigo 71 sobre as modalidades de cursos universitários que seriam ofertados. São eles: cursos de formação, aperfeiçoamento, especialização, extensão, pós-graduação e doutorado. Vale salientar que, segundo essa classificação, o curso de pós-graduação corresponderia aos atuais mestrados e o doutorado se enquadraria numa categoria à parte (SANTOS, 2002).

Segundo Santos (2010), a transnacionalização das trocas universitárias, depois da segunda guerra mundial, traduziu-se na pós-graduação de muitos estudantes de países periféricos nas universidades dos países centrais. Em consonância com essa realidade, no início da década de 50, estabeleceram-se os primeiros convênios que previam intercâmbios de docentes e discentes entre universidades brasileiras e norte-americanas, o que possibilitou, no início da década seguinte, a criação de diversos centros de excelência, os grandes precursores da pós-graduação no Brasil.

Esse processo histórico culminou, ainda nos anos 60, na implantação formal dos cursos de pós-graduação no país, segundo o parecer 977/65 do relator Newton Sucupira (SANTOS, 2002).

Os cursos de pós-graduação, que antes do Parecer Sucupira apresentavam formas diversificadas de realização e nominação, com a normatização estabelecida pelo referido

parecer adquiriram certa unidade, pois esse sacramentou a diferenciação entre pós-graduação *lato sensu* (especialização e aperfeiçoamento) e *stricto sensu* (mestrado e doutorado) (SANTOS; HORTALE; AROUCA, 2012).

Do ponto de vista doutrinário, o parecer Sucupira continua sendo a grande referência sistemática da pós-graduação em nosso país, pois conceituou e normatizou o ensino de pós-graduação, além de Dividir os cursos *strictu sensu* em dois níveis: mestrado e doutorado. De acordo com ele, os programas deveriam ter matérias próprias da área de concentração e matérias de domínio conexo, havendo também a obrigatoriedade da confecção de uma dissertação ou tese, no entanto o mestrado não era pré-requisito para o doutorado (CURY, 2005).

Segundo Santos, Hortale e Arouca (2012), o parecer Sucupira não faz referência alguma ao mestrado profissional, não apresenta qualquer passagem que se possa considerar como sendo semente normativa dessa modalidade formativa de pós-graduação no Brasil. Assim, o mestrado no Brasil nasceu com o objetivo de formar docentes para as universidades, e prestou-se a ser de natureza acadêmica, cumprindo a finalidade de formar pesquisadores e produzir conhecimentos teóricos e aplicados.

Em conformidade com esse arcabouço jurídico, a formação foi, ao longo do século XX, pautada em um modelo de conhecimento essencialmente disciplinar. Impôs uma produção científica por vezes descontextualizada, norteada pela hegemonia de processos essencialmente acadêmicos de produção de conhecimento. A distinção entre outras formas de conhecimento e o conhecimento científico era total (SANTOS, 1995).

Nas três últimas décadas, o desenvolvimento da pós-graduação no Brasil originou cursos de mestrado que se configuraram apenas como um primeiro passo, uma etapa protocolar da qualificação acadêmico-científica necessária à carreira universitária. A justificativa recorrente para essa ênfase academicista, excludente da vertente profissional, era a de que os mestrados acadêmicos eram eficientes também em assegurar a formação de pessoal altamente qualificado para a atuação profissional fora dos muros das universidades (BUSS, 2006).

No entanto, de acordo com Hartz e Nunes (2006), diante do atual contexto social, para um país se tornar ou se manter competitivo e em franco desenvolvimento, é crucial a criação de estratégias que permitam gerar, aplicar e absorver rapidamente conhecimentos e inovações.

Nesse contexto, as reflexões sobre a produção do conhecimento e o desenvolvimento de novas tecnologias tornam cada vez mais clara a necessidade de que a universidade esteja em exercício contínuo de auto-avaliação e em constante transformação (RIBEIRO, 2013).

A criação dos Mestrados Profissionais visa responder a esses desafios apresentados pela sociedade do conhecimento, e propõe uma formação na qual os profissionais sejam instrumentalizados para propor mudanças em seus espaços de trabalho, mediante estratégias que operacionalizem a geração de inovações e a adoção de postura criativa e questionadora para superação das dificuldades oriundas dos entraves dos processos de trabalho (HARTZ; NUNES, 2006).

3.2 O MESTRADO PROFISSIONAL

Segundo Morin (2004), há uma inadequação cada vez mais ampla e profunda entre os saberes, pois esses se apresentam fragmentados, compartimentados em disciplinas; em contraponto a realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, multidimensionais e globais.

O desenvolvimento disciplinar da ciência não só trouxe vantagens, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e da fragmentação do saber. Não só produziu o conhecimento, mas também a ignorância e a cegueira, uma vez que, desde a escola fundamental, ensinam-nos a isolar os objetos de seu meio ambiente e a separar as disciplinas, em vez de reconhecer suas correlações; a dissociar os problemas, em vez de integrá-los. Obrigam-nos a reduzir o complexo ao simples, a separar o que está ligado, a decompor, e não a recompor e a eliminar tudo que cause contradições em nosso entendimento (MORIN, 2004).

Ao longo da última década, ocorreram mudanças que apontaram o surgimento de outro modelo de conhecimento. Ocorreu uma passagem do conhecimento universitário para o conhecimento pluriversitário, que é aquele norteado pelo princípio da aplicação que lhe pode ser dada. É contextual, uma vez que o problema nasce de uma partilha entre pesquisador e utilizador e é um conhecimento marcado pela transdisciplinaridade (SANTOS, 2010).

O conhecimento pluriversitário tem como exemplo as parcerias entre universidade e empresas, que geram muitas vezes um conhecimento mercantil; porém nos países periféricos e semiperiféricos, como é o caso do Brasil, tem tido um contexto também não mercantilizado. Dessa forma, ao passo que a ciência insere-se mais na sociedade, essa se introjeta mais na ciência, transformando relações unilaterais entre sociedade e universidade, em relações interativas, que se consolidam sob a égide da revolução das tecnologias da informação (SANTOS, 2010).

Nos anos 80, a evolução do conhecimento, associada à abertura de mercado, gerou uma demanda por recursos humanos eficientes em promover uma transferência mais rápida

dos conhecimentos gerados na universidade e nos institutos de pesquisa para a sociedade. Tornou-se imprescindível criar formas mais diretas de vinculação do aparelho formador com empresas, agências não-governamentais, necessidades sociais e com o próprio governo. Esse cenário de transformação gerou as condições sociais iniciais favoráveis para o surgimento dos mestrados profissionais (GOLDBAUM, 2006).

No intuito de atender a essas novas demandas, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) lançou, em 1995, as bases para a regulamentação do mestrado profissional. A Portaria nº 47, de 17 de outubro de 1995, foi o primeiro documento orientando a criação de cursos de Mestrado Profissional (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

Considera-se, portanto, que o mestrado profissional foi instituído no Brasil em 1995, quando da proposição pela CAPES do Plano de Flexibilização da Pós-Graduação, sendo, no entanto, regulamentado apenas em 1998. Os mestrados profissionais foram, até agora, regulamentados por um total de três portarias, a mais recente sempre revogando a anterior (SANTOS; HORTALE; AROUCA, 2012).

A primeira portaria da CAPES a regulamentar os cursos de Mestrado Profissional foi a Portaria nº 80, de 16 de dezembro de 1998, que, tendo em vista a necessidade e a relevância da criação de mestrados direcionados à formação profissional, estabelece os requisitos e condições para a criação e credenciamento dos mestrados profissionais no Brasil (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

A segunda foi a Portaria nº 7, de 22 de junho de 2009, que trouxe mudanças fundamentais em relação ao trabalho de conclusão de curso. Antes, os trabalhos deveriam ser apresentados em formato de dissertação, como nos mestrados acadêmicos; com a nova portaria, ficaram instituídas múltiplas possibilidades de trabalho final.

A redação do 3º parágrafo da alínea IX do Artigo 7º diz o seguinte:

> O trabalho de conclusão final do curso poderá ser apresentado em diferentes formatos, tais como dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura, artigo, patente, registros de propriedade intelectual, projetos técnicos, publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, relatórios finais de pesquisa, softwares, estudos de caso, relatório técnico com regras de sigilo, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica, produção artística; sem prejuízo de outros formatos, de acordo com a natureza da área e a

> finalidade do curso, desde que previamente propostos e aprovados pela Capes (BRASIL, 2009a).

A mais recente das portarias que tratam do mestrado profissional é a portaria normativa da CAPES número 17, de 28 de Dezembro de 2009. Nela, o Ministro de Estado da Educação considera a necessidade de estimular a formação de mestres profissionais capazes de desenvolver atividades técnico-científicas em temas de interesse público.

Considera também a relevância social, científica e tecnológica dos processos de formação profissional e a necessidade de estreitar as relações entre as universidades e o setor produtivo. Resolve que a oferta dos programas de mestrado profissional será regulada pela CAPES, e que o título de mestre obtido nos mestrados profissionais por ela reconhecidos outorga, ao seu detentor, direitos iguais aos outorgados aos portadores da titulação concedida pelos mestrados acadêmicos. No caso específico da área da saúde, resolve que qualificam-se para o oferecimento do mestrado profissional os programas de residência médica ou multiprofissional devidamente credenciados (BRASIL, 2009b).

Segundo Buss (2006), o mestrado profissional deve comprovar contribuição inovadora para o desenvolvimento das atividades profissionais e, ao final do curso, o aluno deve apresentar um trabalho de conclusão, que não precisa necessariamente ser na forma da tradicional dissertação; pode ser um projeto de intervenção, ou até mesmo o desenvolvimento de equipamentos ou protótipos.

O mestrado profissional enfatiza o desenvolvimento de estudos e tecnologias voltadas para um desempenho profissional de excelência. Responde a uma demanda socialmente definida de capacitação profissional de natureza diferente da propiciada pelo Mestrado Acadêmico. Tem como objetivo prover recursos humanos que sejam capazes de acompanhar e incorporar os processos de inovação e produção de conhecimentos, formular projetos voltados para responder aos problemas identificados na sua área de atuação, assim como avaliar o impacto das intervenções aplicadas (GOLDBAUM, 2006).

De acordo com o Parecer 81, de 2003, do Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Ensino superior (CES), a ênfase dada pelo mestrado profissional à produção de pesquisas e à contração de técnicas diretamente voltadas a um desempenho de alto nível de qualificação profissional é a diferença essencial desse em relação ao mestrado acadêmico. São conferidos idênticos graus e prerrogativas legais, inclusive para o exercício da docência, não sendo o mestrado profissional, de forma alguma, uma alternativa para a formação de mestres segundo padrões de exigência mais simples que os tradicionalmente adotados pela pós-

graduação. Como toda pós-graduação *stricto sensu*, tem a validade nacional do diploma condicionada ao reconhecimento prévio do curso (BRASIL, 2003).

Conforme a redação do Parágrafo Único, Artigo 4º da Portaria Normativa do MEC Nº 17, de 28/12/2009, os cursos de mestrado profissional têm por objetivo a formação com:

> [...] ênfase nos princípios de aplicabilidade técnica, flexibilidade operacional e organicidade do conhecimento técnico-científico, visando o treinamento de pessoal pela exposição dos alunos aos processos da utilização aplicada dos conhecimentos e o exercício da inovação, visando a valorização da experiência profissional (BRASIL, 2009b).

Segundo o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (2012), em 1999 foram criados os nove primeiros programas de mestrado profissional no Brasil, além disso, mais nove cursos de mestrado profissional foram ofertados por programas tradicionais de mestrado, que ofereciam também mestrado acadêmico. Em 2009 já existiam 43 programas de mestrado profissional, o que representava, à época, 9% do total de programas de mestrado, esses formaram 3.102 novos mestres, o equivalente a 8% do total de titulados naquele ano.

Apesar de ser uma modalidade recente de pós-graduação no sistema de ensino brasileiro, entre 2004 e 2009 houve um aumento de 104,2 % na oferta de cursos (SANTOS; HORTALE; AROUCA, 2012).

O crescimento da oferta de mestrados profissionais é também um fenômeno relacionado à expansão e consolidação dos programas de doutorado, pois a exigência desse grau para exercer atividades de docência universitária reduziu a importância dos mestrados como formação suficiente para o exercício dessas atividades. Muitos titulados em programas de mestrado acadêmico passaram a se empregar em ocupações que não tinham o ensino e a pesquisa como atividade principal, criando uma demanda crescente, de empresas e instituições públicas, por profissionais com formação de mestrado.

O perfil dos candidatos e o foco de atuação: esses são os dois fatores que diferenciam o mestrado acadêmico do mestrado profissional. Enquanto o mestrado acadêmico forma pesquisadores e docentes, o outro qualifica para o mercado de trabalho, com o objetivo de preparar os profissionais para elaborar novas tecnologias ligadas a sua atuação. Dessa forma, a iniciativa da CAPES de difundir programas de mestrado profissional vem ao encontro da demanda apresentada pelos serviços de saúde, por profissionais de alto nível de qualificação técnico-científica (BUSS, 2006).

Em sintonia com as transformações no campo da formação em saúde, o Ministério da Saúde, de acordo com a portaria 198, de 13 de Fevereiro de 2004, instituiu, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cuja intenção é favorecer ações que facilitem a mudança do modelo assistencial hegemônico, abrangendo a formação desde o nível técnico até a pós-graduação, além de estimular a produção do conhecimento (SUAPE; WENDHAUSEN, 2005).

Segundo Gonçalves et al. (2013), quando se discute formação em saúde, é sempre válido salientar a importância da Educação Permanente em Saúde, pois essa possibilita a atualização técnica dos profissionais e a análise crítica do processo de trabalho e da formação em saúde. Mapeia problemas e cria estratégias para enfrentamento dos mesmos. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais, surgindo como estratégia para mobilização dos sujeitos e reorientação do processo de trabalho, visando a melhoria da qualidade dos serviços ofertados e atuando como ferramenta facilitadora da execução de boas práticas em saúde.

A parceria entre o ensino e os serviços de saúde proporciona ganhos dos dois lados e alimenta os interesses sociais dos atores envolvidos nas duas esferas. Trajman et al. (2009), ao realizar inquérito com 322 profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro, descobriu que era um problema corriqueiro o despreparo dos profissionais do serviço para supervisionar as atividades práticas dos alunos. Dessa forma, considera-se também papel da universidade capacitar os profissionais em processos de educação permanente em saúde.

Nesse contexto, de valorização da Educação Permanente em Saúde enquanto estratégia fortalecedora do Sistema Único de Saúde, o MPSF da RENASF almeja formar um profissional de saúde que continue nos serviços, mas com alto padrão de conhecimento técnico-científico e com competência também para a preceptoria, uma vez que a lógica da educação permanente impõe o desafio do acompanhamento de estágios curriculares de graduação, especialização, internato e residência. Assim sendo, é prioridade fortalecer a formação científica desse profissional do serviço, incentivando-o ao uso de evidências para a tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e do cuidado em saúde, fortalecendo também a produção de conhecimento nos serviços de saúde (MORAIS et al., 2012).

3.3 O MPSF E A RENASF

O MPSF da RENASF, além de se constituir numa modalidade inovadora de pós-graduação *strictu sensu*, apresenta a particularidade de ser concebido em rede. Segundo Santos (2010), a ideia de rede propõe que o bem público da universidade seja produzido em uma rede de cooperação entre universidades e apresenta-se como um meio de valorizar a universidade pública no seu conjunto. Tem o intuito de fortalecer a Universidade na condução das reformas necessárias para evitar que ela sucumba em meio à intensa mercantilização da educação gerada pela globalização. No contexto da globalização neoliberal, o isolamento e a concentração da pesquisa em poucas instituições tende a torná-las mais vulneráveis à mercantilização da educação superior.

A RENASF foi criada em Julho de 2009, mediante acordo de cooperação técnica envolvendo a participação de instituições de ensino superior dos estados do Ceará, Maranhão, Piauí, Pernambuco e Rio Grande do Norte, além da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Tem como finalidades a produção de conhecimento científico, tecnológico e de inovação na área da Saúde da Família, no Nordeste, e a educação permanente (MORAIS et al., 2012)

Segundo Moraes et al. (2012), um dos objetivos da RENASF foi criar o MPSF desenvolvido em rede, oferecido de forma descentralizada e pautado na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A definição da estrutura e funcionamento do curso deu-se com a participação de instituições nucleadoras, colaboradoras e consorciadas devidamente conceituadas a saber:

1) Nucleadoras: Instituições que possuem pelo menos um curso de Mestrado na área da saúde, que tem docentes permanentes e colaboradores para dar sustentação ao curso, que disponibilizam infraestrutura adequada e que realizem procedimentos de certificação. São elas: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
2) Colaboradoras: Instituições que participam de forma sistemática de atividades do curso, disponibilizando infraestrutura adequada e recursos humanos, como membros do corpo docente, permanentes e colaboradores. São elas: Universidade Regional do Cariri, Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Faculdade *Christus* e Universidade Federal da Integração Luso-Afro-Brasileira.

3) Consorciadas: Instituições com potencial de participação em atividades do curso, disponibilizando infraestrutura adequada e recursos humanos e que já atuam na área da saúde da família através de docentes com desempenho acadêmico compatível com a modalidade profissional. São elas: Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde Pública de Iguatu, Universidade Vale do São Francisco e Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Recentemente, ocorreram mudanças na conformação da RENASF, que passou a contar com mais três instituições nucleadoras: a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Universidade Federal do Piauí (UFPI) e a Universidade Regional do Cariri (URCA). Com a entrada das novas nucleadoras, o curso de MPSF da RENASF passou a ofertar 130 vagas em vez de 100, distribuídas entre as nove nucleadoras da rede (REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2014).

A construção de redes tem a intenção de buscar sinergias e maximizar funcionalidades através das diferentes contribuições que cada unidade de uma rede pode oferecer. Ocorre mediante partilha de recursos e equipamentos, mobilidade de docentes e estudantes no interior da rede e de uma padronização dos planos de curso e sistemas de avaliação, mantendo, no entanto, as especificidades de cada elemento da rede de forma a acrescentar experiências ricas no âmbito geral (SANTOS, 2010).

3.4 AS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS NO MPSF DA RENASF E A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP) OU *PROBLEM-BASED LEARNING* (PBL)

A carga horária total do MPSF da RENASF é de 960 horas e dessas, 20% são destinadas a atividades à distância, sendo o quarto semestre inteiramente dedicado às orientações e à elaboração do trabalho de conclusão.

O currículo do curso está estruturado sob a forma de estratégias educacionais que operacionalizam objetivos de aprendizagem cognitivos, de habilidade, atitudinais e mistos.

Os objetivos cognitivos são operacionalizados através de algumas estratégias, como as mini-exposições, realizadas para toda a turma e utilizadas para o esclarecimento de temas trabalhados nos grupos tutoriais; os seminários, nos quais os mestrandos debatem e apresentam a discussão sobre temas relacionados ao módulo em desenvolvimento; o estudo de caso, que consiste na apresentação de uma situação, real ou fictícia, discutida em grupo; e o estudo dirigido, que é um estudo individual aprofundado sobre um tema dado. Uma

importante estratégia é o grupo tutorial, que será discutido adiante e é a mola mestra da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (MORAIS et al., 2012).

Nos grupos tutoriais são analisados problemas estruturados a partir do currículo, que visam permitir a discussão contextualizada dos tópicos, favorecendo a recuperação do conhecimento prévio e a aquisição de novos conhecimentos (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

Os objetivos de habilidade são operacionalizados por meio do treinamento de habilidade, que visa desenvolver padrões organizados e coordenados de atividades (físicas e mentais) direcionadas para uma determinada finalidade. Envolve a apresentação e a demonstração da habilidade pelo instrutor e a prática da habilidade pelos discentes. O desenvolvimento de uma habilidade requer que o mestrando passe pela fase cognitiva (recebimento das orientações), pela fase de fixação ou associativa (estabelecimento dos primeiros padrões organizados através da prática) e pela fase autônoma (a habilidade torna-se automática) (MORAIS et al., 2012).

Segundo Ladewig (2000), a aprendizagem de qualquer habilidade motora requer a seleção de informações que podem estar contidas no meio ambiente ou serem fornecidas pelo professor. Com a prática, é possível aperfeiçoar a capacidade de seleção e retenção de informações relevantes à atividade que estamos realizando, facilitando o desempenho. Durante o processo da aprendizagem de uma atividade, passamos por diversas mudanças, que vão desde o momento em que estamos sendo expostos pela primeira vez à atividade e não temos a menor ideia do que fazer primeiro, até o momento em que já conseguimos realizar a atividade quase sem esforço cognitivo.

Para a operacionalização dos objetivos mistos, são utilizados o projeto em equipe, a prática na comunidade e a oficina de trabalho. O projeto em equipe tem a finalidade de exercitar a elaboração de projetos de intervenção e as propostas intervencionistas são criadas de acordo com as demandas dos módulos. A prática na comunidade objetiva exercitar o planejamento e a condução de práticas nas comunidades de atuação dos discentes enquanto profissionais de saúde. Na oficina de trabalho, o estudante propõe a resolução de uma situação, desenvolvendo para tanto as atividades motoras necessárias, utilizando conhecimentos prévios e propondo resposta adequada ao problema (MORAIS et al., 2012).

Os objetivos atitudinais demandam estratégias educacionais tais como o grupo tutorial e o estudo de caso, já descritos anteriormente. A simulação e a dramatização também se constituem em estratégias utilizadas no desenvolvimento desses objetivos.

Uma estratégia também utilizada no processo de aprendizagem ao longo do mestrado foi a narrativa. Segundo Santos (2008) as narrativas são estratégias que potencializam a reflexão sobre a ação. É essencial o trabalho reflexivo sobre a narrativa, permeado pela interpretação partilhada entre o narrador (aluno) e o formador, permitindo a reconstrução dos conhecimentos e promovendo o crescimento profissional, através da compreensão de outras formas de realizar o trabalho.

O conhecimento da memória humana e dos fatores que influenciam na recuperação de informações por ela armazenadas, levou ao desenvolvimento de metodologias de ensino direcionadas ao aprendizado dos adultos. Dentre elas destaca-se uma estratégia pedagógico-didática centrada no aluno chamada *problem based learning* (PBL), ou, em português, aprendizagem baseada em problemas (ABP), que vem sendo aplicada nos últimos trinta anos (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2013).

O uso de Metodologias Ativas, como é o caso do PBL, confronta o ensino tradicional, caracterizado por retenção de informação, disciplinas fragmentadas e avaliações que exigem apenas memorização, levando, muitas vezes, os estudantes à passividade e à aquisição de uma visão estreita e instrumental do aprendizado. O grande desafio da Metodologia Ativa é aperfeiçoar a autonomia individual e promover uma educação capaz de desenvolver uma visão do todo, transdisciplinar, que possibilite a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais, constituindo uma prática pedagógica socialmente contextualizada, na qual o discente perceba que a edificação do seu saber depende, principalmente, da auto-iniciativa, tornando o conhecimento mais duradouro e sólido (MELO; SANT'ANA, 2012).

O método PBL fundamenta-se na mudança do processo de ensino-aprendizagem de forma que o aluno desempenhe papel ativo em sua educação, passando a buscar o conhecimento necessário à resolução dos problemas, deixando de ser um elemento exposto à informação apenas por meio de aulas. Promove a motivação para o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades para a auto-aprendizagem. A aprendizagem baseia-se também nas dúvidas dos alunos e valoriza, além do conteúdo a ser aprendido, a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do aluno no processo de ensino-aprendizagem e permitindo que ele aprenda como aprender (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

As universidades brasileiras utilizam o PBL desde 1997, sendo pioneiras a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e Universidade Estadual de Londrina (UEL), seguidas

pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Federal de Alagoas (UFAL) (MELO; SANT'ANA, 2012).

A ABP, muitas vezes, está associada a propostas de reestruturação curricular que objetivam integrar disciplinas, tendo em vista a prática. São criados problemas referentes aos temas que o aluno deverá saber/dominar e cada problema será discutido em um grupo tutorial (CYRINO; TORALLES; PEREIRA, 2004).

O Grupo Tutorial é utilizado para o processamento de situações-problema que abordam diferentes temas e contextos da atuação profissional em saúde. A situação-problema deve funcionar como um dispositivo inicial do processo de reflexão e teorização no grupo, estabelecendo relações entre o objetivo de aprendizagem a que se refere e as experiências prévias dos mestrandos além da própria questão ou problema em discussão (MORAIS et al., 2012).

No contexto do PBL, os problemas, ou situações-problema, são cuidadosamente elaborados por uma comissão especialmente designada para esse fim. O número de problemas deve ser suficiente para abordar todos os temas essenciais à formação dos alunos e ao cumprimento do currículo (BERBEL, 1998).

Segundo Berbel (1998), no PBL, o primeiro contato com o problema e sua discussão inicial são atividades feitas em grupo. Depois desse momento inicial, é realizado o estudo individual, após o qual ocorre nova discussão no grupo tutorial. Lança-se mão do conhecimento já elaborado para aprender a raciocinar sobre ele e, com ele, formular soluções para os problemas de estudo. Segundo Thomson (1996, p.7), além dos objetivos cognitivos "é dada muita importância à aquisição de habilidades".

Os grupos tutoriais têm uma sistemática bastante estruturada, por meio da qual os alunos realizam a análise e resolução dos problemas. São realizadas duas sessões em dias diferentes para cada problema, a primeira delas é chamada sessão de análise, e a segunda sessão de resolução, entre elas há um intervalo para que o aluno realize o estudo individual e autodirigido (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

Ao todo são sete passos, a análise do problema engloba os cinco primeiros passos, o estudo individual corresponde ao passo seis e a resolução do problema ao passo sete (MORAIS et al., 2012). A seguir observa-se, no quadro 1, a dinâmica sistematizada e sintetizada dos sete passos do grupo tutorial.

Quadro 1 - Grupo tutorial: os sete passos. Natal–RN (2014).

Análise do problema	Intervalo	Resolução do problema
Passo 1: Esclarecer termos e/ou expressões desconhecidas no problema	Passo 6: Levantamento de recursos de aprendizagem e estudo individual	Passo 7: Discussão e resolução do problema a partir da revisão do passo 4, à luz dos conhecimentos adquiridos no passo 6
Passo 2: Definir o problema a ser discutido		
Passo 3: Análise e troca de conhecimentos sobre o problema (“chuva de ideias”). Tentativa de solucionar o problema com base nos conhecimentos prévios		
Passo 4: Revisão dos passos 2 e 3, com sistematização das hipóteses do passo 3 para resolução do problema		
Passo 5: Definição dos objetivos de aprendizagem		

Fonte: Toledo Júnior et al. (2008) modificado.

Esse tipo de metodologia ativa parte da premissa de que um ensino contextualizado por meio de situações semelhantes àquelas nas quais o conhecimento será utilizado efetivamente, aumenta a compreensão e o aprendizado, favorecendo a estruturação do conhecimento, facilitando sua ativação e utilização posterior. Também ajuda a formar profissionais com capacidades de comunicação e de trabalho em equipe bem desenvolvidas, favorece o respeito aos colegas e a postura crítica (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

4 DIMENSÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou rigorosamente os princípios da ética e da bioética estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a realização desse estudo foi solicitada permissão junto às seis instituições nucleadoras da RENASF. Encaminhou-se a elas o pré-projeto de pesquisa e a autorização para sua execução foi requerida mediante cartas de anuência. As cartas correspondem ao anexo A (UFRN), anexo B (UFC), anexo C (UECE), anexo D (UFMA), anexo E (FIOCRUZ) e anexo F (UVA). Solicitou-se também às nucleadoras termos de fiel depositário para realização da pesquisa documental, esses correspondem ao anexo H (FIOCRUZ), anexo I (UFC), anexo J (UECE), anexo K (UFMA), anexo L (UVA) e anexo M (UFRN).

Esta pesquisa foi submetida à análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por esse ser o comitê vinculado à instituição proponente da pesquisa, sendo aprovada pelo parecer com número de protocolo 455.625 (anexo N).

Cada entrevista necessária à execução do estudo foi realizada individualmente, sendo respeitadas a privacidade e a confidencialidade, não foi permitido o acesso de terceiros às respostas prestadas. Por ocasião das entrevistas, os participantes da pesquisa receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), apêndice A, em duas vias.

5 METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente pesquisa, quanto à abordagem do seu objeto de estudo, é qualitativa. Constitui-se em um estudo de caso, portanto adota um enfoque exploratório. No seu desenvolvimento ocorreu uma observação não participante e a construção de um diário de campo, utilizado para subsidiar a discussão. Foram também realizadas entrevistas e análise documental.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a técnica de análise documental pode ser utilizada validando e aprofundando dados obtidos por meio de questionários, entrevistas, e observação (GODOY, 1995).

Minayo (2000) afirma que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares e valoriza um nível de realidade que não pode ser quantificado; investiga e interpreta aspectos profundos e complexos do comportamento humano e trabalha com um universo de múltiplos significados, não tendo preocupação em projetar resultados para a população.

> A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (SILVA, MENEZES, 2005. p. 20).

De acordo com Garnica (1997), nas pesquisas de natureza qualitativa, o termo pesquisa ganha novo significado, não se preocupando com princípios, leis e generalizações do que se deseja compreender, e sim voltando o olhar aos elementos que sejam significativos para o investigador. O homem é visto imerso num contexto que constrói e do qual é parte ativa, ele percebe-se humano vivendo com outros humanos, não podendo isolar-se. Dessa forma, não existe neutralidade do pesquisador, pois esse atribui significados e seleciona o que quer conhecer do mundo. Na pesquisa qualitativa existe uma construção de resultados, e não conclusões definitivas.

A pesquisa qualitativa é importante para a compreensão das dimensões pedagógicas envolvidas na busca de uma formação sintonizada com a dinâmica das mudanças ocorridas na

sociedade, visando o conhecimento ampliado da saúde, através do ensino, da pesquisa, da extensão e da interação desses com o serviço (RIBEIRO, 2013).

Na realização deste estudo, inicialmente tivemos a etapa documental, na qual foram utilizados dados coletados a partir dos registros institucionais contidos nas fichas de inscrição, anexo G, para a Chamada de Seleção Pública n° 1/2011 – RENASF/MPSF. Foram analisadas as fichas dos 100 selecionados, agora discentes da RENASF, no intuito de fazer uma caracterização inicial dos sujeitos da pesquisa, no entanto não tivemos a pretensão de realizar um estudo sócio-demográfico.

Na segunda etapa, fizemos um mergulho mais profundo em questões subjetivas e particulares concernentes ao problema de pesquisa. Para tanto, foram selecionados de forma intencional quinze sujeitos de pesquisa, sendo três discentes da nucleadora UFRN, três da nucleadora UFC, três da nucleadora UVA, três da nucleadora UFMA, dois da nucleadora UECE e um da nucleadora FIOCRUZ, todos submetidos a uma entrevista estruturada, no intuito de elucidar certas questões que necessitavam de abordagem mais detalhada.

Vale salientar, para fins de uniformização da amostra, que as nucleadoras FIOCRUZ e UECE foram consideradas uma unidade, uma vez que a FIOCRUZ, por ter um número reduzido de discentes (apenas 3), teve seus discentes inseridos e participando dos momentos presenciais, durante todo o período do curso, juntamente com os discentes da nucleadora UECE. Dessa forma, foram ouvidos durante as entrevistas dois discentes vinculados institucionalmente à UECE e apenas um discente vinculado institucionalmente à FIOCRUZ, portanto, por motivos didáticos, quando nos referirmos ao longo do texto à nucleadora UECE/FIOCRUZ estamos falando na verdade do conjunto formado por um discente da FIOCRUZ e dois discentes da UECE, por entendermos que essas nucleadoras, por terem desenvolvido suas atividades conjuntamente, proporcionaram experiências semelhantes aos discentes da UECE e da FIOCRUZ.

5.2 CAMPO DO ESTUDO

O campo deste estudo foi a RENASF, criada em Julho de 2009, envolvendo a participação de instituições dos estados do Ceará, Maranhão, Piauí, Pernambuco e Rio Grande do Norte e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com a finalidade de fomentar a Educação Permanente e a produção de conhecimento científico, tecnológico e de inovação na área da Saúde da Família, na região Nordeste (MORAES et al., 2012).

A RENASF conta com a participação de instituições nucleadoras, colaboradoras e consorciadas, já devidamente conceituadas anteriormente. Dentro dessa rede, tivemos como cenário de nosso estudo as instituições denominadas nucleadoras, a saber: Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Foi estudado, mais especificamente, o curso de MPSF da RENASF**,** que ocorre simultaneamente nas seis nucleadoras, contando também com a participação solidária, na forma de disponibilidade de docentes e de infraestrutura, das instituições consorciadas e colaboradoras da rede.

A formação da RENASF foi pautada na missão de promover ações de ensino e pesquisa com análises crítico-reflexivas e proposições na área Saúde da Família, visando responder às demandas do SUS no campo da educação dos profissionais de saúde. Tem também como objetivo promover articulação entre instituições públicas de ensino da região Nordeste e estabelecer cooperação técnica para a realização de estudos e pesquisas orientadas de forma a apoiar e qualificar a atenção básica, fortalecendo o SUS através da ESF (REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2011).

Da parceria entre as instituições da RENASF, surgiu o curso de MPSF em rede, recomendado pela CAPES, para o preenchimento de até 100 vagas com financiamento público, e que tem como objetivo formar lideranças para a ESF, aptas a exercerem atividades de investigação e ensino em serviço sem afastarem-se de suas atividades na atenção ou gestão. Objetiva também fomentar o trabalho em equipe através do diálogo entre os profissionais da equipe básica de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e articular elementos da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da ESF e do SUS. Está destinado a profissionais que exerçam atividades de gestão, atenção ou ensino na ESF (REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2011).

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A princípio, para a caracterização inicial do alunado do curso de MPSF da RENASF, foram considerados como sujeitos da pesquisa a totalidade dos discentes matriculados, isto é, cem discentes incluindo a pesquisadora. Posteriormente, foram entrevistados um total de quinze discentes, sendo três discentes de cada uma das nucleadoras do MPSF da RENASF, à exceção da UECE, com dois discentes entrevistados, e da FIOCRUZ com apenas um discente entrevistado.

Dos cem discentes do MPSF da RENASF, vinte e quatro são vinculados institucionalmente à nucleadora UFRN, quinze à nucleadora UFMA, três à nucleadora FIOCRUZ – CE, vinte à nucleadora UFC, dezoito à nucleadora UVA e vinte à nucleadora UECE. Os discentes eram distribuídos de acordo com as localidades de atuação profissional no início do curso em trinta e nove cidades de seis diferentes estados da federação, todos da região Nordeste.

Os quinze sujeitos entrevistados distribuem-se, de acordo com a profissão, da seguinte forma: nove enfermeiros, três médicos, dois dentistas e um psicólogo.

Para atingir os objetivos propostos pelo estudo, foi obedecido o seguinte critério de inclusão:

- Ser discente do MPSF da RENASF e estar com a matrícula ativa junto à sua instituição.

O critério de exclusão adotado foi o seguinte:

- Não concordar em participar do estudo.

5.4 ETAPAS DA PESQUISA

A princípio, foram analisados dados contidos nos registros institucionais de todos os discentes da primeira turma da RENASF. Utilizamos para captação dos dados de interesse da pesquisa os formulários de inscrição preenchidos durante o processo seletivo para o MPSF da RENASF ocorrido no ano de 2011. Vale salientar que esses formulários foram disponibilizados como material de pesquisa mediante consentimento institucional obtido por meio de termo de fiel depositário, devidamente assinado pelo responsável legal em cada uma das nucleadoras.

A seguir, foram analisados dados contidos nas respostas a uma entrevista estruturada com questões abertas, apêndice B, que foi realizada com três discentes de cada nucleadora. A entrevista, segundo Gil (1999, p. 117), "é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que lhe interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social."

"A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social" (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 195).

O roteiro de entrevista foi submetido a um pré-teste antes da sua efetiva aplicação, realizado com três discentes escolhidos aleatoriamente, o que permitiu avaliar o instrumento de coleta de dados, possibilitando as alterações necessárias concernentes ao bom entendimento e a outros aspectos relacionados à sua adequação aos objetivos da pesquisa.

A condução das entrevistas coube à pesquisadora, e essas foram realizadas com sujeitos selecionados com base em uma listagem enviada à pesquisadora pelas nucleadoras, contento os contatos por e-mail de todos os discentes. Foi realizado contato com os discentes, de modo que os primeiros a retornarem e manifestarem interesse em participar do estudo foram os eleitos. As entrevistas ocorreram nas cidades de Fortaleza-CE, Sobral-CE, São Luís-MA e Natal-RN, foram gravadas em áudio, mediante prévia autorização dos participantes e tiveram suas respostas transcritas pela própria pesquisadora.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material coletado consistiu na interpretação dos dados colhidos, articulando-os ao conhecimento adquirido através da leitura crítica do referencial teórico, possibilitando a comparação das informações obtidas com teorias já existentes e a formulação de novas proposições.

A princípio foi feita uma caracterização inicial dos sujeitos da pesquisa, desenvolvida por meio da análise dos dados contidos nos registros institucionais de todos os discentes, mais especificamente nos formulários de inscrição preenchidos durante o processo de seleção para o MPSF da RENASF. Os formulários foram disponibilizados como material de pesquisa mediante consentimento institucional, obtido por meio de termo de fiel depositário, assinado pelo responsável legal em cada nucleadora. Foram levadas em consideração as seguintes características: sexo, formação de graduação, tempo transcorrido desde a conclusão da graduação e a linha de pesquisa escolhida.

Após a caracterização dos sujeitos, foram realizadas as entrevistas. Cada uma das quinze entrevistas coletadas foi transcrita, e o conjunto dessas transcrições deu origem a dois *corpus* de análise, cada *corpus* correspondendo a um objetivo específico da pesquisa. Os dois *corpus* foram submetidos ao software Alceste© (Analyse Lexicale par Contexte d' um Ensemble de Segments de Texte - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) versão 4.9, que auxiliou no desenvolvimento da análise das entrevistas.

O Alceste© é um *software* bastante útil na análise de dados textuais. Podem ser realizadas com seu auxílio, análises de entrevistas e perguntas abertas, assim como de obras

literárias, artigos de jornais e revistas, entre outros. Ele tem como objetivo quantificar um texto para extrair suas estruturas mais significativas. Possibilita a análise das raízes lexicais das palavras e fornece os contextos nos quais essas estão inseridas, identifica as oposições mais evidentes entre as palavras do texto e, em seguida, extrai as classes de enunciados representativos (CAMARGO, 2005).

O *software* Alceste© foi desenvolvido por Max Reinert e combina uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais. Tem como objetivo principal descobrir a informação essencial do texto (RIBEIRO, 2000). Sua utilização auxilia na análise de dados de pesquisa e possibilita a exploração da estrutura e organização do discurso dos atores sociais (ALBA, 2004).

Para composição dos dois *corpus* foi utilizado o material textual originado a partir das entrevistas realizadas com quinze discentes do curso, e cada corpus foi formado por quinze Unidades de Contexto Inicial (UCI). Cada UCI foi formada pelo conjunto de respostas de cada um dos quinze sujeitos aos questionamentos feitos, no sentido de alcançar os objetivos delineados no estudo.

As UCI, presentes em cada *corpus*, foram separadas por linhas de comando nas quais cada sujeito recebeu um número de identificação, preservando-se sua identidade. Também foram incluídas nas linhas de comando as seguintes variáveis: profissão, tempo de atuação na Atenção Básica e nucleadora onde o discente cumpriu os módulos programados.

Os dois *corpus* gerados a partir das entrevistas foram submetidos, em separado, ao Alceste© versão 4.9, que agrupou as raízes semânticas, possibilitando defini-las por classes, organizadas segundo a frequência, a função e o sentido das palavras no texto.

O Alceste©, ao fazer o processamento dos *corpus*, identifica as UCI e divide o material em Unidades de Contexto Elementar (UCE), essas são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários e da repartição de curtos segmentos de texto, delineados mediante cálculos estatísticos.

O Alceste© identificou diferentes classes semânticas originadas a partir de cada *corpus*. Posteriormente, a pesquisadora nominou as classes e desvendou o sentido do material. O programa não oferece respostas prontas à pesquisa. Trabalhar com o alceste© exige que o pesquisador interprete o conteúdo explícito presente em cada classe, e as relações evidenciadas nos percursos discursivos mapeados graficamente e, a partir dessa interpretação, é que surgem os temas que direcionam a leitura teórica de interesse para o estudo (OLIVEIRA et al., 2001). Finalmente, os resultados foram discutidos junto à literatura pertinente, buscando maior entendimento da realidade em questão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento deste estudo, foi possível traçar um perfil do corpo discente do MPSF da RENASF, assim como discutir questões acerca da percepção dos mestrandos em relação ao curso e das contribuições do MPSF da RENASF para as práticas desenvolvidas no seio da ESF.

Para construção dos resultados desta pesquisa, além da coleta de dados realizada nas fichas dos cem mestrandos, que destinou-se a traçar um perfil do alunado, foram realizadas quinze entrevistas, que resultaram na construção de dois *corpus* para análise, o *corpus* 1, referente ao objetivo "conhecer a percepção dos mestrandos acerca do curso", e o *corpus* 2, referente ao objetivo "analisar as principais contribuições do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) para as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF)".

Os resultados encontrados serão explanados e discutidos junto à literatura pertinente, em tópicos, a seguir.

6.1 QUEM SÃO OS DISCENTES DA RENASF

Tabela 1. Distribuição dos discentes da RENASF quanto ao sexo, profissão, tempo transcorrido desde a conclusão da graduação e linha de pesquisa escolhida na ocasião do processo seletivo para o mestrado. Natal-RN (2014).

Variável	Categoria	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Sexo (n =100)	Masculino	31	31%
	Feminino	69	69%
Profissão (n =100)	Enfermeiro(a)	61	61%
	Odontólogo(a)	17	17%
	Médico(a)	15	15%
	Assistente Social	2	2%
	Psicólogo(a)	2	2%
	Farmacêutico(a)	2	2%
	Nutricionista	1	1%
Tempo transcorrido desde a conclusão da graduação (n =96)	Menos de 10 anos	42	43,75%
	De 10 a 20 anos	43	44,8%
	Mais de 20 anos	11	11,45%
Linha de pesquisa escolhida na ocasião do processo seletivo para o mestrado (n =100)	Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde	44	44%
	Promoção da Saúde	32	32%
	Educação em Saúde	24	24%

Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

No que se refere ao sexo, a maioria de discentes da RENASF é composta por indivíduos do sexo feminino, que totalizam sessenta e nove sujeitos, os outros trinta e um discentes são do sexo masculino, dessa forma, temos 69% de sujeitos do sexo feminino e 31% de sujeitos do sexo masculino. Segundo o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (2012), as mulheres representam a maioria dos titulados na pós-graduação *strictu sensu* brasileira, tanto nos cursos de mestrado, como nos de doutorado. Nesse sentido, o MPSF da RENASF acompanha a tendência nacional, pois tem a maioria do seu alunado composta por mulheres.

Em relação à formação de graduação, temos o corpo discente composto por sujeitos graduados em 7 das 14 profissões da área da saúde, porém em diferentes proporções, sendo a maioria esmagadora dos alunos graduada em enfermagem. Dos cem discentes, temos sessenta e um (61%) graduados em enfermagem, dezessete (17%) em odontologia, quinze (15%) em

medicina, dois (2%) em serviço social, dois (2%) em farmácia, dois (2%) em psicologia e um (1%) em nutrição.

Em se tratando do tempo transcorrido desde a conclusão da graduação dos discentes até a sua inscrição na seleção do MPSF da RENASF, esse varia de graduados há cerca de um ano (recém-formados) a graduados já há vinte e nove anos. De um total de noventa e seis alunos que informaram há quanto tempo concluíram sua graduação, apenas dez estão formados há menos de cinco anos, desses, apenas dois são recém-formados (formados há um ano). De acordo com esses dados, observa-se que oitenta e seis, de um total de noventa e seis discentes, possuem cinco ou mais anos de formados. Portanto o corpo discente é composto, em sua maioria, por profissionais experientes.

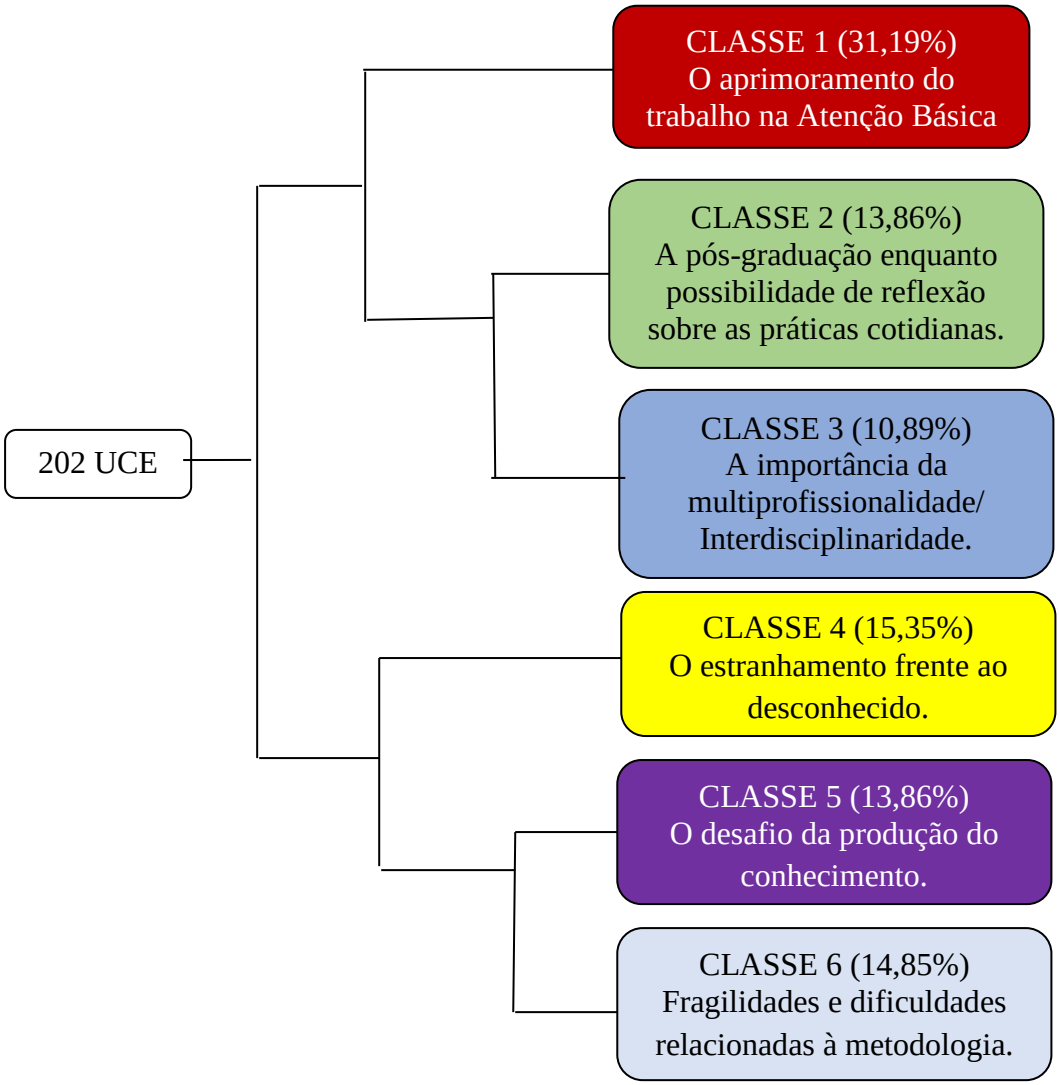
O MPSF da RENASF ofertou vagas distribuídas entre três linhas de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, Promoção da Saúde e Educação em Saúde; e já no momento da seleção, era necessário optar por uma delas. Dessa forma, dos cem discentes selecionados, quarenta e quatro (44%) optaram inicialmente pela linha Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, trinta e dois (32%) pela linha Promoção da Saúde e vinte e quatro (24%) pela linha Educação em Saúde.

6.2 CORPUS 1 - A PERCEPÇÃO DOS MESTRANDOS ACERCA DO CURSO

O *corpus* 1 constituiu-se de duzentas e duas unidades de contexto elementares (UCE) e o material foi aproveitado em 69%, com 1928 palavras distintas, cuja frequência média ficou em seis vezes. O processamento do corpus pelo Alceste© resultou na formação de seis classes.

Para melhor compreensão da formação das classes pelo Alceste©, a figura 1 mostra o dendograma do *corpus* 1, cujas classes serão discutidas em tópicos

Figura 1 - Dendograma do corpus 1. Natal-RN (2014).



Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

Quadro 2 – Representação das classes do *corpus* 1. Natal-RN (2014).

Classe 1 (31,19%) O aprimoramento do trabalho na Atenção Básica			Classe 2 (13,86%) A pós-graduação enquanto possibilidade de reflexão sobre as práticas cotidianas		
Palavra	**Freq**	**Khi2**	**Palavra**	**Freq**	**Khi2**
conheci+	14	18	reflex+	5	25
vida	10	14	possibilidade	4	25
profissional+	16	14	consegu+	7	24
ensin+	4	9	colega+	7	21
proposta+	8	9	docente+	5	20
trabalho+	26	9	pos_graduac+	5	20
atencao_basica	8	9	dia_a_dia	4	14
mud+	4	9	pratica+	11	13
cienti+	5	8	atencao_primaria_a_ saude	5	12
Classe 3 (10,89%) A importância da multiprofissionalidade /interdisciplinaridade			Classe 4 (15,35%) O estranhamento frente ao desconhecido		
Palavra	**Freq**	**Khi2**	**Palavra**	**Freq**	**Khi2**
saude	7	59	pens+	10	33
medic+	6	42	diferente+	5	18
equipe+	7	38	proxim+	5	18
dentista	3	25	presenci+	3	17
dificuldade+	4	20	turma+	8	16
riqueza	3	17	necessidade+	6	12
enfermeiro+	3	17	mestrado_ academico	5	10
area+	3	17	realidade	4	10
nucleo_de _apoio _a_saude_ da_ familia	3	17	mestrado_ profissional	6	8
Classe 5 (13,86%) O desafio da produção do conhecimento			Classe 6 (14,85%) Fragilidades e dificuldades relacionadas à metodologia		
Palavra	**Freq**	**Khi2**	**Palavra**	**Freq**	**Khi2**
modulo+	14	51	acab+	7	35
projet+	5	25	grupo+	8	31
expositiva+	4	25	professor+	9	29
teve	9	24	estud+	9	26
adapt+	3	19	teor+	8	21
escrit+	3	19	aluno+	7	19
dificil	4	9	outro	5	15
conteudo+	3	9	atividade+	6	14
principal+	3	9	metodologia_ativa	3	12

Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

6.2.1 Classe 1 – O aprimoramento do trabalho na atenção básica

Para a classe um, de maior percentual (31,19%), e nominada como o aprimoramento do trabalho na Atenção Básica, os sujeitos que mais contribuíram foram aqueles com formação de graduação correspondente a enfermagem, apenas um profissional médico contribuiu para a formação dessa classe, o sujeito quatro.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram conhecimento, vida, profissional, ensino, proposta, trabalho, Atenção Básica, mudar e científico. O qui-quadrado mais elevado, igual a 18, foi o da palavra conhecimento.

Os sujeitos dessa classe consideraram que o curso mudou a sua vida profissional, melhorou o seu trabalho e aprimorou a sua atuação na Atenção Básica, por meio da aquisição de novos conhecimentos. Podemos extrair das transcrições, mais precisamente das UCE, que são os fragmentos divididos pelo Alceste© a partir das UCI, diversos trechos que corroboram essa afirmação, como por exemplo:

"para mim foi um divisor na minha vida profissional, foi a partir daí que eu comecei a enxergar a Atenção Básica como ela deve ser".

(sujeito 8, UFMA, enfermeiro(a), 5 anos de AB, khi2 = 20)

"eu consigo melhorar o meu trabalho, melhorar a minha atuação, eu consigo fortalecer aquilo que eu me proponho a fazer".

(sujeito 9, UVA, enfermeiro(a), 16 anos de AB, khi2 = 16)

"surgiu como uma oportunidade de melhorar um pouco mais os conhecimentos na parte de Saúde da Família".

(sujeito 4, UFC, médico(a), 10 anos de AB, khi2 = 14)

"estou muito diferente depois do mestrado, eu acho que os conhecimentos empíricos, como eu disse anteriormente, foram se tornando científicos".

(sujeito 15, UECE/FIOCRUZ, enfermeiro(a), 8 anos de AB, khi2 = 13)

O MPSF da RENASF é uma iniciativa voltada à formação de pós-graduação *Stricto Sensu* dos profissionais ligados à ESF. Segundo Camelo; Angerami (2008), a ESF, conforme foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS), exige formação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois há uma carência de profissionais que possam responder a esse modelo de assistência à saúde. A falta de preparo é considerada angustiante pelos trabalhadores, pois dificulta a execução de atividades indispensáveis à saúde da população e à resolução dos problemas da comunidade.

A educação dos profissionais de saúde seria iniciada na graduação e mantida na vida profissional, respaldada pelo estabelecimento de parcerias entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde, a comunidade e os demais setores da sociedade civil (BRASIL, 2005a). Essas parcerias são claramente observadas na composição da RENASF e na interação dos discentes entre si e com os seus serviços de origem, com as suas comunidades, que foram cenários das atividades práticas formativas do curso.

É necessário descobrir alternativas que minimizem os efeitos da formação inadequada dos trabalhadores que já estão em exercício na ESF, buscando estratégias para garantir que suas práticas profissionais respondam satisfatoriamente aos desafios que estão sendo impostos pelo trabalho (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Apesar dos esforços do MS para promover a formação de profissionais da saúde com perfil adequado para o modelo de assistência exigido na ESF, a formação e a gestão de pessoas na saúde ainda é um problema e há muito o que se fazer nesse campo. A transformação da assistência à saúde no Brasil passa obrigatoriamente pela formação de profissionais que estejam preparados para atuar na ESF (SILVA; FRACOLI; CHIESA, 2011). Nesse contexto, o investimento e o estímulo à educação permanente são medidas de fundamental importância (MATTOS et al, 2014).

"A educação permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação que traduz uma teoria dialética do conhecimento como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho" (BRASIL, 2000, p. 11).

A Educação Permanente em Saúde é uma potente estratégia para preparar os profissionais já em atuação, pois permite que o aprender e o ensinar estejam incorporados ao cotidiano das organizações, possibilitando a construção de estratégias que promovam o diálogo e permitam a resolução dos problemas de acordo com as singularidades dos lugares e das pessoas (SILVA; FRACOLI; CHIESA, 2011).

O MPSF da RENASF surgiu ancorado numa necessidade de formação no trabalho e para o trabalho. No campo da ESF, não deixa de ser uma iniciativa de Educação Permanente em Saúde e ocorre numa perspectiva dialógica, visando fomentar, na região Nordeste, discussões na área da Saúde da Família. Presta-se a preparar e instrumentalizar os profissionais de saúde para que esses sejam capazes de desenvolver, nos seus serviços, um processo de trabalho também pautado nos preceitos da educação permanente em saúde e na construção de espaços coletivos de reflexão dos atos produzidos no cotidiano. Os mestrandos são estimulados a ressignificar e multiplicar os conhecimentos e técnicas experienciadas durante o curso, proporcionando uma melhoria na qualidade da atenção à saúde e tornando-os aptos a atuar como preceptores nos serviços de saúde.

A formação no MPSF da RENASF foi considerada positiva pelos discentes, uma vez que foi possível adquirir conhecimentos essenciais ao aprimoramento da atuação na ESF. Segundo eles, muitas atividades antes realizadas pautadas no empirismo, de forma intuitiva, deram lugar a procedimentos respaldados pelo conhecimento científico, sedimentado através

de práticas que tiveram como cenário o próprio local de exercício profissional dos discentes. Houve, portanto, um aprimoramento do trabalho na ESF, por meio da aquisição de novos conhecimentos, mas buscando sempre a contextualização e a aplicabilidade prática desses conhecimentos.

6.2.2 Classe 2 – A pós-graduação enquanto possibilidade de reflexão sobre as práticas cotidianas

Na segunda classe (13,86%), nominada como a pós-graduação enquanto possibilidade de reflexão sobre as práticas cotidianas, os sujeitos que mais contribuíram foram aqueles vinculados à nucleadora UFRN.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram reflexão, possibilidade, conseguir, colega, docente, pós-graduação, dia a dia, prática e Atenção Primária à Saúde. O qui-quadrado mais elevado, igual a 25, foi o da palavra reflexão.

A classe dois mostra que, para os discentes, a formação no MPSF da RENASF significou uma possibilidade de fazer do espaço da pós-graduação também um espaço de reflexões sobre as práticas, sobre o processo de trabalho no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, ou seja, o curso aproximou da academia discussões muito vinculadas à intimidade das experiências do trabalho na Atenção Primária à Saúde e na ESF. Podemos extrair das transcrições, mais precisamente das UCE, diversos trechos que corroboram essa afirmação, como por exemplo:

“a sua prática vem para a sala de aula, e aí quando a gente está discutindo, às vezes a gente toma um susto ao ver que falamos do que eu estou fazendo, do que eu fiz ontem, do que eu vivenciei”.

(sujeito 9, UVA, enfermeiro(a), 16 anos de AB, khi2 = 22)

“rico para a organização do nosso processo de trabalho, para a reflexão do nosso processo de trabalho, e foi extremamente importante para que também a academia conseguisse enxergar a importância que é esse intercâmbio entre a prática e a teoria”.

(sujeito 6, UFMA , enfermeiro(a), 13 anos de AB, khi2 = 18)

“significa uma reflexão do meu processo de trabalho enquanto enfermeiro, enquanto co-partícipe desse processo de Atenção Primária à Saúde”.

(sujeito 5, UFRN, enfermeiro(a), 6 anos de AB, khi2 = 16)

Os cursos ligados à ESF devem estar fundamentados na integração ensino-serviço, e utilizar procedimentos de análise, reflexão crítica, síntese e aplicação de conceitos; sempre voltados para a efetiva construção do conhecimento (BRASIL, 2000).

Nesse contexto, dos docentes é exigido mais que simplesmente ministrar um conteúdo, é preciso criar situações que estimulem, nos estudantes, o interesse pela descoberta para que possam formular perguntas e problemas de pesquisa concatenados com a complexidade da vida e com a multiplicidade de informações. O trabalho docente necessita pautar-se na promoção de processos de autonomia e participação dos alunos, o que requer pensar uma pedagogia diferenciada, associada a uma epistemologia também diferenciada. Tal pedagogia pressupõe uma epistemologia da aprendizagem, ou seja, parte do pressuposto de que, no trabalho docente, criar condições para que o aluno aprenda é mais importante que ensinar. É necessário estimular a pesquisa, mas de forma sempre atenta às diferenças conceituais dos alunos, a fim de que esses possam se sentir sujeitos do processo de socialização e apropriação do conhecimento (FÁVERO; MARQUES, 2012).

A atuação do professor como sujeito ativo, criativo e construtor do conhecimento é pautada em uma concepção de ensino enquanto prática social e reflexiva, e não apenas como exercício da racionalidade técnica. De acordo com esta concepção, também para o professor, o conhecimento advém da prática profissional, ou seja, da experiência cotidiana. Os desafios e os dilemas da prática é que permitem que sejam construídos os saberes e reelaboradas teorias. Assim, a dimensão prática assume a centralidade dos processos de formação e de construção do conhecimento. A prática deixa de ser concebida apenas como cenário de aplicação das teorias técnico-científicas e se converte em ponto de partida e de chegada das investigações (SILVA; 2011).

De acordo com Perrenoud:

> Uma prática reflexiva pressupõe uma postura, uma forma de identidade, um *habitus.* Sua realidade não é medida por discussões ou por intenções, mas pelo lugar, pela natureza e pelas consequências da reflexão no exercício cotidiano da profissão, seja em situação de crise ou de fracasso seja em velocidade de cruzeiro (PERRENOUD, 2002, p. 13).

O profissional reflexivo deve estar atento ao problema e não à solução, percebendo-o sob uma nova ótica, buscando uma compreensão das situações que possam surgir no seu cotidiano. O conhecimento é visto como relação estabelecida entre a prática e nossas interpretações dela (SOUZA, 2006).

A formação profissional em saúde também deve ser construída através da reflexão, o que permite a criação de novas tecnologias de cuidado em saúde (OLIVEIRA, 2004). Nesse contexto, utilizar metodologias ativas significa apostar numa educação que desenvolva processos crítico-reflexivos de ensino-aprendizagem, capazes de acionar processos criativos na resolução dos problemas do cotidiano. É uma aposta numa formação que estreite laços com a vida real (COTTA; COSTA; MENDONÇA, 2013).

Um conceito chave em qualquer modelo pedagógico pautado na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem é o de aprender fazendo, que implica na inversão da sequência clássica teoria/prática para a produção do conhecimento, assumindo que ele se constrói por meio de ação-reflexão-ação, de forma dinâmica (BRASIL, 2002).

Segundo Duarte et al. (2005) a consolidação da parceria entre Academia e Serviço é prioritária para a transformação do cuidado à saúde na ESF e para a concretização da formação de profissionais de saúde capazes de desenvolver competências construídas com base na reflexão crítica sobre as práticas profissionais.

O MPSF da RENASF, por meio da sua orientação pedagógica, das suas práticas formativas, e das reflexões por elas oportunizadas, viabilizou uma eficiente integração entre ensino e serviço, entre as práticas profissionais desenvolvidas no seio da ESF e as discussões levantadas durante os momentos teórico-conceituais do curso. A utilização de metodologias ativas, enquanto perspectiva pedagógica adotada no curso, mostrou-se coerente com a construção de saberes e a produção de conhecimentos muito vinculados à realidade social do ambiente de trabalho dos discentes, promovendo movimentos coletivos de ação-reflexão-ação sobre as práticas profissionais na ESF.

6.2.3 Classe 3 – A importância da multiprofissionalidade/interdisciplinaridade

Na classe três (10,89%), nominada como a importância da multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, destacou-se o sujeito quatorze, médico, com doze anos de atuação na Atenção Básica, que foi o que mais contribuiu para essa classe.

As palavras que mais apareceram na classe três, portanto mais frequentes, foram saúde, médico, equipe, dentista, dificuldade, riqueza, enfermeiro, área, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O qui-quadrado mais elevado, e igual a 59, foi o da palavra saúde.

Nessa classe, os mestrandos mais uma vez fazem ponderações positivas em relação ao curso, consideram ricas as experiências compartilhadas, uma vez que as turmas são compostas por sujeitos de várias categorias profissionais da área da saúde, embora ainda sejam mais

presentes médicos, enfermeiros e dentistas. Consideram valoroso o fato de as turmas serem formadas por profissionais inseridos na gestão, na docência e na própria assistência. Desejam que nas próximas turmas seja estimulada a entrada de um contingente maior de profissionais que não sejam da equipe mínima, a saber: médico, dentista e enfermeiro. Consideram importante que seja estimulado o ingresso de um quantitativo maior de profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família e até mesmo de profissionais que tenham formação de graduação em outras áreas, mas que atuem na ESF em funções de nível médio, ou mesmo como agentes comunitários de saúde. Os excertos abaixo corroboram os achados dessa classe:

"eu fico contente de ser um mestrado no campo da minha militância, de minha atuação, que é a saúde da família. O fato de ser multiprofissional, para mim enriquece bastante".

(sujeito 10, UFRN, médico(a), 6 anos de AB, khi2 = 22)

"teve uma situação de um agente comunitário da saúde da minha equipe, que é historiador, é filósofo, já fez duas graduações, aí ele perguntou se podia fazer esse mestrado e na época o pessoal falou que não podia, eu achei errado".

(sujeito 14, UFC, médico(a), 12 anos de AB, khi2 = 20)

A equipe multiprofissional é um elemento chave no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar na ESF, no entanto sua prática só é possível se os profissionais incorporarem novas competências, entre elas, a de interagir com os demais profissionais nas situações de crise ou problemas, possibilitando uma atuação em saúde mais contextualizada e resolutiva (MADEIRA, 2009).

O trabalho em equipe interdisciplinar apresenta-se como uma alternativa combativa frente ao modelo assistencial centrado na prática hospitalocêntrica, onde a saúde não é abordada sob a perspectiva da integralidade, não é centrada na complexidade do processo saúde-doença e também não leva em consideração a importância da comunicação entre os profissionais. Possibilita a inversão de uma assistência baseada nas tecnologias duras, para uma assistência pautada nas tecnologias leve e leve-duras (MADEIRA, 2009).

A interdisciplinaridade é facilitadora da construção do conhecimento ampliado em saúde, trabalha no sentido de dar respostas ao desafio de atuar nas coletividades; visualizando, além das dimensões objetivas, a subjetividade dos sujeitos do cuidado (NUNES, 2005).

A habilidade para reconhecer a individualidade e as potencialidades dos profissionais da equipe, valorizar seus saberes e suas opiniões, sua liberdade para interagir, permitindo trocas com os colegas é indispensável para quem pretende desenvolver um bom trabalho em

equipe na ESF. O conhecimento precisa ser socializado, deve existir integração das ações a serem desenvolvidas em busca da interdisciplinaridade e da flexibilização de estratégias, com as quais todos os membros da equipe envolvam-se e tenham sua cooperação igualmente valorizada, sem hierarquias (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A prática interdisciplinar tem potencialidade para organizar o processo de trabalho em saúde sob o olhar da integralidade, compartilhando responsabilidades e permitindo melhor resolubilidade das ações de saúde. Se não houver diálogo através do trabalho interdisciplinar, não há como se ter integralidade (MADEIRA, 2009).

Nesse sentido, vale salientar a importância do acolhimento enquanto facilitador das práticas interdisciplinares, porque mesmo existindo um fluxograma que o norteie, no momento que uma queixa foge do núcleo de competência, a mesma é compartilhada entre os membros da equipe, fazendo com que os profissionais lancem mão das tecnologias relacionais e estabeleçam uma interação mais próxima e dialógica entre si e com o usuário (MADEIRA, 2009).

Para fazer valer o princípio da integralidade, é necessário um processo de trabalho multiprofissional em equipe. Essa deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar nelas os problemas de saúde e as potenciais situações de risco, além de realizar um planejamento local norteado pela realidade da comunidade, dando a sua prática um enfoque em ações intersetoriais e buscando criar vínculos com os usuários, favorecendo assim a corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2007).

6.2.4 Classe 4 – O estranhamento frente ao desconhecido

Para a classe quatro (15,35%), nominada como o estranhamento frente ao desconhecido, o sujeito doze, dentista com treze anos de atuação na Atenção Básica foi o que mais contribuiu. A classe quatro foi inteiramente composta por sujeitos vinculados às nucleadoras do estado do Ceará, portanto contribuíram para essa classe sujeitos da nucleadora UFC, da nucleadora UECE/FIOCRUZ e da nucleadora UVA.

As palavras que mais apareceram na classe quatro, portanto mais frequentes, foram pensar, diferente, próxima, presencial, turma, necessidade, mestrado acadêmico, realidade, mestrado profissional. O qui-quadrado mais elevado, e igual a 33, foi o da palavra pensar.

Na classe quatro, os alunos abordaram algumas dificuldades por eles experimentadas durante a sua trajetória no mestrado, que parecem estar relacionadas principalmente ao pioneirismo do curso e ao estranhamento causado pelo primeiro contato com uma

metodologia ativa, muito diferente da metodologia tradicional a qual estavam habituados. Consideraram necessário implementar melhorias e sugeriram realizar adaptações metodológicas para as próximas turmas. Algumas dessas ponderações podem ser observadas nos trechos abaixo:

"quem sabe nas próximas turmas o corpo docente já esteja mais sensível às necessidades dos alunos. O pensamento que eu tenho acerca do mestrado é de que, pelo menos na minha nucleadora, faltou organização".

(sujeito 12, UFC, odontólogo(a), 13 anos de AB, khi2 = 38

"eu acredito que o PBL, que foi utilizado durante o nosso período presencial, poderia ter sofrido algumas adaptações, não sei se sofrido algumas adaptações ou se em algum determinado momento do mestrado não fosse adotado o PBL, **porque ele passou a ser muito repetitivo".**

(sujeito 13, UVA, enfermeiro(a), 10 anos de AB, khi2 = 29 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem surgiram como novas tendências pedagógicas e são consideradas um meio que possibilita o aprender a aprender. Centrando-se nos princípios da pedagogia interativa, crítica e reflexiva, desenvolvem a participação ativa dos educandos na construção do conhecimento, resolução e avaliação de problemas, colocando-os como protagonistas de seu crescimento durante o processo de aprendizagem (SEBOLD et al., 2010).

A mudança da forma de ensino para uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem depois de vários anos de metodologias tradicionais gera nos discentes certa insegurança. Há uma incompreensão desses em relação a seu papel no processo de ensino-aprendizagem. Mesmo sabendo que as metodologias ativas têm como finalidade a construção de um currículo integrado e de uma prática efetivada pelos sujeitos que o constroem, há um estranhamento frente à inovação por elas proposta (MELO; SANT'ANA, 2012).

Como todas as mudanças de postura, a implementação das metodologias ativas propicia muitas reflexões e ajustes, apresenta como dificuldade o descrédito inicial dos educandos no processo, pois algo novo, não raro, causa desconfiança e insegurança. Porém a força de vontade dos discentes e o entusiasmo dos docentes são capazes de fazer com que a proposta tenha resultados positivos (SEBOLD et al., 2010).

Melo e Sant'ana (2012), em estudo intitulado "A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem", relatam que,

de um total de sessenta estudantes entrevistados, todos inseridos em experiências de ensino baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, 86% se consideraram adaptados à metodologia, seja ela a metodologia da problematização ou a aprendizagem baseada em problemas. Os educandos que se consideraram adaptados perceberam benefícios no que diz respeito à mudança na maneira de pesquisar e ao hábito de estudar e desenvolveram maior autonomia, no entanto apontaram como fragilidades a maturidade que é exigida do discente e em muitas ocasiões, a falta de suporte do docente como facilitador do ensino. Nesse contexto, vale salientar que o apoio dos docentes na mediação do processo de ensino-aprendizagem é considerado decisivo para a adaptação dos educandos à metodologia.

É de responsabilidade do professor organizar-se para extrair o máximo de benefícios das Metodologias Ativas para a formação de seus alunos. Nesse processo, um desafio interessante é registrar os modos como as experiências docentes e discentes são realizadas com essas metodologias e seus efeitos, permitindo ampliar as reflexões e as evidências de seus benefícios pedagógicos (BERBEL, 2011).

A queixa de que o PBL tornara-se repetitivo pode sugerir uma falta de adaptação discente à metodologia, ou apenas uma necessidade de dar um caráter mais dinâmico ao curso. Diante dela, talvez fosse interessante, nas próximas turmas, valorizar mais outras estratégias educacionais também previstas na própria proposta pedagógica do MPSF da RENASF, como por exemplo, a narrativa, o estudo de caso, ou mesmo a exposição dialogada ou mini-exposição, que foram utilizadas, mas de forma tímida, uma vez que houve uma priorização dos grupos tutoriais como estratégia para trabalhar os conteúdos teórico-conceituais do curso e alcançar os objetivos de aprendizagem.

6.2.5 Classe 5 – O desafio da produção do conhecimento

Na classe cinco (13,86%), nominada como o desafio da produção do conhecimento, os sujeitos que mais contribuíram são dentistas, contribuiu também um único profissional médico.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram módulo, projeto, expositiva, teve, adaptação, escrita, difícil, conteúdo e principal. O qui-quadrado mais elevado, igual a 51, foi o da palavra módulo.

Na classe cinco, os discentes tratam, entre outras questões, da organização e dos conteúdos programáticos dos módulos do curso, nesse contexto, assumindo também o sentido de encontro presencial. Nessa classe, os mestrandos percebem-se enquanto sujeitos com pouca experiência no que se refere à realização de pesquisas e à elaboração de projetos e

consideram importante que existam, ao longo do curso, mais momentos tratando das temáticas relacionadas à produção do conhecimento, conforme podemos observar nas passagens abaixo:

"quando a gente entra no mestrado, a gente é muito inexperiente em relação a tudo, a fazer projeto de pesquisa, a realizar pesquisa, então tem muitas coisas que eu achei que deixaram a desejar no mestrado".

(sujeito 1, UVA, odontólogo(a), 7 anos de AB, khi2 = 29)

"tem certas ocasiões, certas disciplinas, certos módulos, que eu acho que a gente precisaria de um foco mais na questão de um repasse de informações mesmo, **principalmente pela nossa pouca experiência em relação a pesquisas".**

(sujeito 1, UVA, odontólogo(a), 7 anos de AB, khi2 = 25 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"teve alguns módulos que a gente cursou mais para o final que poderiam ter sido cursados no início, aquela parte de escrita do material, escrita de artigo científico, isso poderia ter sido visto logo no início".

(sujeito 4, UFC, médico(a), 10 anos de AB, khi2 = 17 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"em alguns módulos, principalmente na questão de pesquisa, eu achei que deixou a desejar, que a gente realmente precisaria de um enfoque, de uma orientação melhor principalmente na questão da pesquisa quantitativa, porque o módulo que a gente teve foi muito fraco, a qualitativa não, até que teve aula expositiva, sempre bem dinâmica, **e deu para a gente ter vários conhecimentos sobre qualitativa, mas a parte de quantitativa eu achei que deixou muito a desejar".**

(sujeito 1, UVA, odontólogo(a), 7 anos de AB, khi2 = 23 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

É a inquietação sobre a realidade que motiva o pesquisador na construção científica. O processo de elaboração do conhecimento científico advém da dúvida (XIMENES, 2008). Acredita-se que um ensino que privilegie apenas o uso do conhecimento já produzido, dificulta inovações na prática de trabalho, inviabilizando também, a divulgação dos conhecimentos gerados no cotidiano profissional (ROESE et al., 2005).

A dificuldade encontrada pelos pós-graduandos em inserir-se no contexto das pesquisas, reflete as falhas do nosso sistema educacional, no qual não aprendemos a criar, apenas a reproduzir. Quando o momento de pensar em uma dissertação, ou em um projeto de pesquisa chega, o educando precisa estar em constante busca de informações para desvendar aquilo que se propõe a estudar. É também preciso construir sua própria trajetória através de um processo emancipatório. É necessário criar, inventar saídas, sobretudo aprender a aprender, algo a que não nos costumamos em nossa trajetória acadêmica, e isso é pesquisa (CORRÊA; OLIVEIRA; GALIAZZI, 2007).

Na ciência moderna, o conhecimento tem avançado por meio da superespecialização, restringindo cada vez mais o objeto sobre o qual incide, fazendo com que o cientista se torne um ignorante especializado. Conhecimentos fragmentários e não comunicantes significam o progresso de um conhecimento mutilado, que conduz a uma prática mutilante (VEIGA; MENEZES, 2008).

A universidade, tal como é organizada atualmente, se tem cumprido o seu papel ao formar profissionais e técnicos, faz de forma incompleta, pois, ao difundir conhecimentos segmentados, não lhes proporciona uma formação ampla, humanista e política da sociedade. Fragmentada em especializações e dominada por valores pragmáticos tem formado quadros para retroalimentar uma visão descontextualizada do mundo. Nesse sentido, a universidade brasileira contemporânea, carente de pensamento crítico, de força criadora, tem deixado de exercer uma das suas principais funções: pensar a sociedade e formular projetos amplos e coletivos para ela (BITTAR; FERREIRA JÚNIOR, 2012).

No que se refere aos métodos quantitativos, a ciência moderna assumiu o posicionamento central de reconhecer a matemática como o instrumento que norteia a lógica da investigação, o que resultou em dois entendimentos que influenciaram todo o pensamento científico atual. O de que para conhecer é preciso quantificar, pois o rigor científico dependeria do rigor das medições, e o de que é indispensável fragmentar, pois seria necessário compreender as coisas em separado, para só depois estabelecer relações entre elas (VEIGA; MENEZES, 2008).

A adoção de métodos qualitativos reflete uma mudança paradigmática, e uma maior aproximação com a realidade. O interesse e a realização de pesquisas qualitativas têm sido frequentes no campo da saúde, gerando uma maior demanda nos programas de pesquisa institucional e nas publicações dos periódicos científicos. O incremento das pesquisas dessa natureza ocorreu na maioria dos programas de pós-graduação e, atualmente, elas já representam a principal abordagem de pesquisa em determinadas áreas relacionadas à saúde.

A transição da hegemonia dos métodos quantitativos para os qualitativos e a sua utilização concomitante, reflete o interesse em objetos de estudo que resultem em produção mais coerente com uma construção teórica ampla no setor saúde (VEIGA; MENEZES, 2008).

No âmbito das pesquisas qualitativas, é importante salientar o papel da pesquisa-ação enquanto instrumento capaz de possibilitar a reorientação das práticas profissionais. O essencial, após um trabalho de pesquisa-ação, é que os sujeitos participantes tenham apreendido comportamentos e atitudes que permitam a incorporação da reflexão cotidiana como atividade inerente ao exercício de suas práticas. Quem opta por trabalhar com pesquisa-ação precisa ter a convicção de que pesquisa e ação precisam caminhar juntas quando o que se pretende é a transformação da prática (FRANCO, 2005).

A pesquisa-ação é pautada numa concepção de construção do conhecimento entendida como prática social e reflexiva. Valoriza o conhecimento que advém da prática, é encarada como uma modalidade de pesquisa que atua como mediadora das relações entre teoria e prática (SILVA, 2011). Tem por pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem estejam interessados em um problema que emerge num dado contexto no qual atuam (PIMENTA, 2005).

Nesse sentido, uma maior valorização da abordagem qualitativa, e mesmo da pesquisa-ação, durante as discussões acerca da produção do conhecimento no âmbito do MPSF da RENASF sugere uma aposta ideológica que reflete um engajamento com a quebra de um paradigma que reconhece como conhecimento legítimo apenas aquele validado por meio de uma abordagem fragmentada e quantificada do objeto de estudo, sem estabelecer relações de complexidade e sem assumir um maior compromisso com a realidade. No que concerne às dificuldades relacionadas à elaboração dos projetos, ao desenvolvimento das pesquisas e aos conteúdos pertinentes ao módulo de produção do conhecimento em geral, essas parecem estar intimamente relacionadas à herança de uma formação extremamente conteudista e disciplinar, vinculada a uma lógica que, segundo Bittar e Ferreira Júnior (2012), valoriza mais a certificação que uma formação humana ampla.

6.2.6 Classe 6 - Fragilidades e dificuldades relacionadas à metodologia

Para a classe seis (14,85%) nominada como fragilidades e dificuldades relacionadas à metodologia, contribuíram sujeitos graduados em psicologia, medicina e enfermagem.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram acabar, grupo, professor, estudo, teoria, aluno, outro, atividade e metodologia ativa. O qui-quadrado mais elevado, igual a 31, coube à palavra acabar.

Na sexta classe, os alunos demonstram perceber a metodologia ativa da aprendizagem baseada em problemas enquanto estratégia que lhes permite protagonismo frente à construção do conhecimento, ou seja, imputa-lhes a tarefa de serem sujeitos ativos da sua aprendizagem, entretanto fazem ressalva à importância da atuação dos docentes enquanto sujeitos apropriados da metodologia, exercendo de forma comprometida a facilitação nos grupos de trabalho, pois consideram que, em algumas ocasiões, ocorreram falhas nesse sentido, apesar dos docentes da RENASF terem recebido treinamento específico para trabalhar com o PBL. Nos excertos abaixo, é possível observar passagens que contextualizam essas afirmações:

"depende muito do aluno também, e não vou tirar de mim a responsabilidade, tem que chegar em casa, puxar os artigos e estudar, se você não fizer isso, acaba ficando muito pouco do conteúdo teórico".

(sujeito 7, UECE/FIOCRUZ, enfermeiro(a), 7 anos de AB, khi2 = 35)

"O mestrado era todo PBL, e o que a gente observava era que alguns professores não tinham capacitação e formação para trabalhar com o PBL, eles simplesmente dividiam a turma em dois grupos, depois passavam o caso, o problema, a situação problema, eram feitos os passos, levantados os objetivos de aprendizagem. Quando era dado o tempo e os alunos notavam que os professores não estavam ali, uns acabavam mesmo fazendo a atividade, outros ficavam ali do lado só participando como ouvinte".

(sujeito 14, UFC, médico(a), 12 anos de AB, khi2 =68 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

Os excertos a seguir, correspondem a duas UCE que se complementam, e também problematizam a questão da atuação docente na metodologia ativa PBL.

"eu estudei um pouco de PBL, inclusive em outro curso que eu fiz, e a gente vê que ser um professor do PBL pode parecer fácil, porque é uma metodologia ativa, exige muito do aluno, mas no meu ponto de vista".

(sujeito 14, UFC, médico(a), 12 anos de AB, khi2 =27)

"é mais difícil que ser um professor do método tradicional, porque o professor de PBL tem que acompanhar cada etapa na hora que o grupo está discutindo, fazendo cada passo até levantar os objetivos de aprendizagem, o professor tem que estar lá, **tem que estar vendo quem participa e quem não participa".**

(sujeito 14, UFC, médico(a), 12 anos de AB, khi2 =16 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

Melo e Sant'ana (2012), em estudo com sessenta discentes acerca da prática da metodologia ativa de ensino e aprendizagem, observaram que 48% deles destacaram como fragilidade da metodologia ativa a carência de suporte dos docentes. Os alunos consideraram essa carência responsável pela sua insegurança, principalmente quando o docente não sinalizava os equívocos, propiciando mais dúvidas e incertezas aos que ainda não se sentiam seguros em relação à sua capacidade de autoaprendizagem sem a facilitação do professor. Além disso, 46% dos educandos apontou como fragilidade do método a necessidade de terem de ter maturidade para lidar com o processo de ensino, a imaturidade foi tida como empecilho à adaptação, pois a metodologia ativa concentra no aluno toda a responsabilidade do processo de ensino. O estudo sugere que uma abrupta mudança no método de ensino, após toda uma vida de metodologias tradicionais, associada à escassez de apoio dos tutores é um obstáculo para a aprendizagem.

Outro aspecto importante, considerado como fragilidade por 46% do alunado, é a deficiência no conhecimento de matérias básicas. Nessa perspectiva, apresenta-se como obstáculo inicial a necessidade dos alunos aprenderem a estudar sozinhos esses conteúdos, devendo encontrar recursos para superar suas dificuldades por meio da autoaprendizagem. Acostumados a receber passivamente as informações, os estudantes quando colocados em uma situação que exige maior atividade, trabalho e esforço mostram-se, inicialmente, resistentes ao novo método, o que com o tempo é superado (MELO; SANT'ANA, 2012).

Incorporar novas práticas pedagógicas e novos saberes é uma tarefa difícil, pois há resistência à inovação por parte dos professores, o que requer um processo permanente de sensibilização e capacitação do corpo docente e técnico para a utilização das metodologias adotadas, uma vez que o papel do professor na utilização das metodologias ativas não se limita a mera escolha de atividades a serem aplicadas na sua prática docente. A Metodologia ativa significa, antes de tudo, a propositura de atividades que despertem no educando o interesse de buscar e de transpor o pré-estabelecido pelos conteúdos curriculares, tornando-se protagonista da sua formação. Assim como os docentes, os educandos também precisam de preparação e incentivo para melhor aceitação das inovações propostas (ARAÚJO, 2013).

O docente não tem mais como evitar as metodologias ativas, sob pena de ficar à margem das novas tendências da educação no século XXI. Assim a inovação pedagógica não está nas tecnologias, mas sim na capacidade e comprometimento do professor em desenvolver

novas habilidades para exercer o difícil papel de ser orientador da aprendizagem na era da cultura digital, onde somos massacrados por informações desestruturadas, divergentes, e massificadas. Nesse cenário, construir uma identidade docente é o grande desafio (ROCHA, 2014).

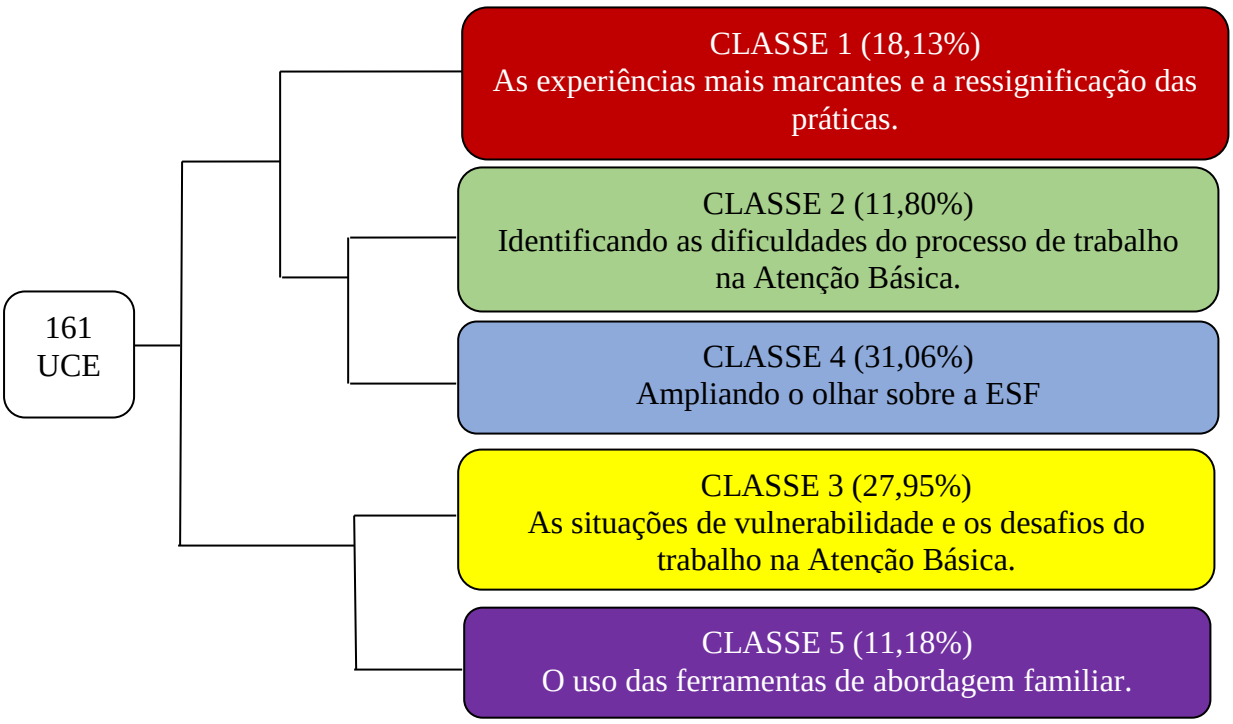
6.3 CORPUS 2 – PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DO MPSF DA RENASF PARA AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ESF

O *corpus* 2 constituiu-se de cento e sessenta e uma unidades de contexto elementares (UCE), o material foi aproveitado em 67%, com 1759 palavras distintas, cuja frequência média ficou em seis vezes.

No *corpus* 2 estão reunidas as questões relativas às contribuições do mestrado para as práticas profissionais na ESF. Nesse sentido, os discentes foram questionados sobre as situações e experiências oportunizadas pelas atividades práticas formativas desenvolvidas no MPSF da RENASF.

Para melhor compreensão da formação das classes pelo Alceste©, a figura 2 mostra o dendograma do *corpus* 2, cujas classes serão discutidas em tópicos.

Figura 3 - Dendograma do corpus 2. Natal-RN (2014).



Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

Quadro 3 – Representação das classes do *corpus* 2. Natal-RN (2014).

CLASSE 1 (18,13%) As experiências mais marcantes e a ressignificação das práticas			CLASSE 2 (11,80%) Identificando as dificuldades do processo de trabalho na Atenção Básica		
Palavra	**Freq.**	**Khi2**	**Palavra**	**Freq.**	**Khi2**
marc+	7	33	dentista+	4	31
sent+	5	18	dia_a_dia	5	21
atendi+	5	11	atencao_primaria_a_saude	4	18
momento+	4	10	ajud+	3	16
quer+	4	10	saude	4	14
equipe+	8	14	medic+	6	14
casa	4	6	vida+	3	12
pergunt+	2	5	processo+	3	12
atencao	4	5	politica+	2	9
CLASSE 4 (31,06%) Ampliando o olhar sobre a ESF			CLASSE 3 (27,95%) As situações de vulnerabilidade e os desafios do trabalho na Atenção Básica		
Palavra	**Freq.**	**Khi2**	**Palavra**	**Freq.**	**Khi2**
ach+	25	28	fez	18	17
mestr+	18	19	consulta+	6	16
estratégia_saude_da_familia	18	17	pedra	5	13
ampli+	6	14	pres+	5	13
atividade+	12	14	usuar+	6	12
visao	8	12	droga+	4	11
gest+	9	10	paciente+	11	10
comunidade	9	10	adolescente+	5	9
conheci+	9	8	territorio	5	9

CLASSE 5 (11,18%) O uso das ferramentas de abordagem familiar.		
Palavra	**Freq.**	**Khi2**
genograma+	8	58
ecomapa	6	50
projeto+	8	45
familia+	12	23
identific+	3	17
vincul+	3	17
experiencia+	5	14
membro+	2	9
situac+	4	9

Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

6.3.1 Classe 1 – As experiências mais marcantes e a ressignificação das práticas

Para a formação da primeira classe (18,01%), que foi nominada como as experiências mais marcantes e a ressignificação das práticas, contribuíram sujeitos graduados em enfermagem, odontologia e psicologia, todos vinculados a nucleadoras do estado do Ceará.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto, mais frequentes, foram marcou, sentir, atendimento, momento, querer, equipe, casa, pergunta e atenção. O qui-quadrado mais elevado, igual a 33, foi o da palavra marcou.

A classe um engloba diversas situações reais relatadas pelos discentes e por eles consideradas importantes dentro das práticas oportunizadas pelo MPSF da RENASF. Essa classe traz à tona o olhar particular e subjetivo de cada discente sobre determinada situação, por ele eleita como aquela que mais lhe impactou no âmbito das atividades do mestrado. Envolve o que foi, na opinião de cada um, mais significativo e mais marcante, aborda situações que tocaram e até comoveram os mestrandos, enquanto profissionais em atuação, durante os momentos de prática realizados como atividade do mestrado, no trabalho junto às famílias, no contexto da ESF.

Nos dois trechos abaixo, que se complementam e correspondem a duas UCE que contribuíram para a formação da classe um, podemos observar parte da descrição de um mestrando sobre uma situação, que segundo ele, foi a mais marcante dentre seus momentos de prática no mestrado, desenvolvida no intuito de aproximar, de acolher as profissionais do sexo na unidade de saúde.

“como elas colocaram que elas se sentem excluídas, e isso é atenção, isso é gestão do cuidado, e a gente conseguiu, junto com equipe organizar uma atenção para essas mulheres, organizar a forma de receber, organizar por exemplo, o horário delas”.

(sujeito 9, UVA, enfermeiro(a), 16 anos de AB, khi2 = 15)

“não era como o horário normal, elas passavam a noite na farra, de manhã dormiam muito. E aí a equipe conseguiu organizar um turno de atendimento para elas, ter o horário onde elas se sentissem mais acolhidas, porque quando elas vinham para unidade elas sentiam que as pessoas ficavam olhando, chamando a atenção”.

(sujeito 9, UVA, enfermeiro(a), 16 anos de AB, khi2 = 34)

Nos trechos transcritos a seguir, tomamos conhecimento de outra experiência relatada por um mestrando, considerada por ele muito significativa, abordando a situação de um paciente tetraplégico. Podemos perceber um discurso carregado de subjetividade, de acordo com as passagens:

“foi todo um olhar, viram a questão do local que ele ficava na casa, que era um local muito insalubre, muito fechado, tentaram ver se não tinha outro local na casa que ele pudesse ficar, foi como se ele tivesse sendo visto, acho que marcou para mim, foi assim, era como se ele fosse só algo a mais naquela casa”.

(sujeito 11, UECE/FIOCRUZ, psicólogo(a), 3 anos de AB, khi2 = 32 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

“ele tinha perdido de ser um sujeito, era lá simplesmente em cima daquela cama, dia e noite, como se ele não pudesse ter uma qualidade de vida embora tivesse tudo aquilo. Era muito novo, acho que vinte e dois anos, tetraplégico já, então me marcou muito essa”.

(sujeito 11, UECE/FIOCRUZ, psicólogo(a), 3 anos de AB, khi2 = 32)

De acordo com Ayres (2004), as práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história, uma vez que, mesmo diante de um demasiado desenvolvimento científico e tecnológico, vêm encontrando severas limitações para responder as necessidades de saúde cada vez mais complexas, de indivíduos e populações. Nesse contexto, propostas de humanização e integralidade do cuidado são poderosas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil.

A introdução de aparelhos e medicamentos de última geração trouxe benefícios para as intervenções profissionais, na medida em que possibilitou diagnósticos mais precisos e terapias mais específicas. Por outro lado, toda essa sofisticação tecnológica vem produzindo efeitos iatrogênicos nem sempre percebidos pelos profissionais, na medida em que, muitas vezes, reduz as relações terapêuticas a meros processos técnicos, traduzidos por uma variedade de exames e pelo uso de intervenções cada vez mais sofisticadas, fazendo com que seja relegada ao esquecimento a importância que tem a qualidade da relação entre o profissional e o usuário (SELLI et al., 2008).

As políticas e modelos de atenção em saúde exercem influência no processo de ressignificação da vida, por traduzir o contexto social e histórico em que as subjetividades se produzem. A relação entre profissionais e usuários se constitui numa mediação oportuna desse processo de subjetivação, permeado por afetos, conflitos, falas e gestos; e os profissionais de saúde devem estar aptos a atuar como mediadores privilegiados dessa ressignificação da vida das pessoas frente ao adoecer, uma vez que as doenças interferem diretamente nos projetos existenciais dos indivíduos. (SELLI et al., 2008).

Por outro lado, observa-se que essa produção de subjetividades é um caminho de mão dupla, pois ao passo que os profissionais de saúde podem mediar uma ressignificação na vida das pessoas, o adoecer das pessoas também pode influenciar na ressignificação de práticas profissionais estabelecidas, oportunizando mudanças que permitam o desenvolvimento humano e um trabalho mais humanizado.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), o termo humanização envolve a valorização dos diversos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, entre eles: usuários, trabalhadores e gestores. Envolve também o estímulo à autonomia, ao protagonismo e à corresponsabilidade na produção de saúde. Nesse contexto, o acolhimento, enquanto diretriz da PNH permeia questões inerentes à organização e prática do trabalho, enfatiza a dimensão ética na postura dos profissionais, bem como a necessidade de reformulação do modelo assistencial e de gestão, objetivando facilitar o acesso aos serviços de saúde e favorecer o cuidado interdisciplinar, permitindo uma maior compreensão dos processos de saúde-adoecimento e das demandas dos usuários (LOPES et al., 2014).

O acolhimento se mostra como alternativa para reorganização do serviço, no sentido de garantir acesso universal e resolubilidade, tendo como ideia básica oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde do usuário. Propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, visando atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, reorganizando o processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarregue da escuta do usuário, qualificando a relação trabalhador-usuário, para que essa possa dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Nessa perspectiva, considera-se o acolhimento um processo dinâmico, resultado das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários. Exige dos trabalhadores uma postura ativa e um resgate do respeito para com os usuários, considerando suas necessidades verbalizadas e não verbalizadas. Requer a cada encontro trabalhador-usuário um agir centrado na singularidade que orienta o quê e como fazer, exigindo que a equipe faça uso de tecnologias que possibilitem a incorporação do usuário nos atos de saúde produzidos, ao mesmo tempo em que estimula e potencializa a autonomia dos sujeitos na produção do cuidado em saúde (LOPES et al., 2014).

O acolhimento é portanto, uma ferramenta capaz de promover vínculo entre profissionais e usuários. Estimula o autocuidado e melhora a compreensão da doença, possibilitando corresponsabilização na terapêutica proposta. Promove a universalização do acesso, o fortalecimento do trabalho intersetorial e multiprofissional. Qualifica a assistência à saúde, humaniza práticas e estimula ações de combate ao preconceito. É pautado em tecnologia leve e relacional, de fundamental importância no trabalho desenvolvido na ESF (GARUZI et al., 2014).

Nas duas experiências abordadas nessa classe, observamos fortes reflexões sobre a importância do desenvolvimento de um trabalho humanizado pelas equipes da ESF, e o quão

necessária é a valorização do acolhimento, visto aqui não apenas como mera organização da demanda reprimida das unidades de saúde, mas sim de forma dinâmica, como um processo que exige postura pró-ativa do profissional de saúde frente às necessidades da comunidade e dos usuários e que favorece aproximação e intimidade entre trabalhadores e usuários, estreitando laços, criando novas possibilidades de intervenção e produzindo cuidado de qualidade.

Contextualizando os dois relatos mencionados pelos mestrandos, fica evidente ser possível que a equipe de saúde, através da humanização, do acolhimento, e da escuta qualificada, subverta uma lógica de trabalho excludente e segregadora, abrindo-se para acolher grupos sociais e usuários, antes marginalizados, excluídos do cuidado produzido nas unidades de saúde.

Nesse sentido, o MPSF, através das práticas formativas executadas nos territórios, cumpre o papel de valorizar e estimular, nos discentes, uma postura combativa frente a rotinas desumanizadas, muitas vezes estabelecidas na ESF, contribuindo assim para a formação de um profissional mais comprometido com a humanização do serviço e mais sensível às demandas dos usuários.

6.3.2 Classe 2 – Identificando as dificuldades do processo de trabalho na atenção básica

Para a formação da classe dois (11,80%), que foi nominada como identificando as dificuldades do processo de trabalho na Atenção Básica, contribuíram sujeitos graduados em enfermagem, odontologia e medicina.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram dentista, dia a dia, Atenção Primária à Saúde, ajuda, saúde, médico, vida, processo, política. O qui-quadrado mais elevado, igual a 31, foi o da palavra dentista.

Nesta classe foi problematizada a questão da inserção do dentista na ESF e a dificuldade de se conseguir promover um diálogo, uma maior interação entre os profissionais da Atenção Básica para que seja possível prestar, de fato, um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e integral, necessário no âmbito do trabalho na ESF. Corroboram essa realidade as seguintes passagens extraídas das UCE:

“eu fiz algumas práticas na unidade de saúde, eu mergulhei na comunidade algumas vezes, talvez essa do genograma mesmo, essa coisa de poder usar a ferramenta e poder quando alguém da unidade me questionava, eu saber responder, eu dizer: dentista é

função sim, agora você também devia fazer enquanto médico, você podia se aprimorar nas ferramentas de abordagem familiar, para saber".

(sujeito 12, UFC, odontólogo(a), 13 anos de AB, khi2 = 32 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"eu acho que essa coisa de ter contato com outras teorias, que são práticas de outros grupos de trabalhadores, fazer o mestrado multiprofissional, então tive oportunidade de trabalhar com médicos e enfermeiros, minha turma só tem médicos, enfermeiros e dentistas, então, eu tive oportunidade de trabalhar com médicos e enfermeiros, as coisas que eles trabalham no dia a dia, mas que não eram meu dia a dia enquanto dentista".

(sujeito 12, UFC, odontólogo(a), 12 anos de AB, khi2 = 29 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

Outra questão problematizada nessa classe diz respeito à fragilidade dos vínculos dos profissionais da Atenção básica com os municípios e o quanto isso impacta negativamente no processo de trabalho na ESF. Há referência clara a esse problema no trecho abaixo extraído das UCE:

"já sabia que era importante, mas com o mestrado a gente estudou muito Atenção Primária à Saúde, então eu vi como é importante realmente o trabalho que a gente está fazendo. Às vezes a gente pensa até em desistir, em alguns momentos da minha vida, já pensei várias vezes em fazer outra coisa, hoje não, porque eu sou concursado aqui em Fortaleza, mas na época que trabalhava em interior para prefeitura sem contrato, sem nada".

(sujeito 14, UFC, médico(a), 13 anos de AB, khi2 = 29)

Antes da Constituição de 1988 e da criação do SUS, o direito à assistência odontológica pública era restrito aos trabalhadores que contribuíam com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Pode-se afirmar que os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil demonstraram ineficácia e ineficiência, pois não responderam significativamente aos problemas de saúde da população, além de possuírem alto custo e baixíssimo rendimento. A assistência prestada priorizava ações curativas, em nível ambulatorial e de demanda livre, realizadas individualmente pelo cirurgião-dentista, tornando evidente a necessidade social de construção de uma saúde bucal coletiva (MATTOS et al., 2014)

A reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS, e pautou-se na missão de reconstruir a atenção à saúde, para que esta seja capaz de atender às reais necessidades da

população (REIS et al., 2014). Segundo Friedrich (2005) o trabalho desenvolvido na Atenção Básica, pelas equipes de Saúde da Família, apresenta-se como alternativa de enfrentamento do SUS, no intuito de minimizar os impactos negativos do modelo curativo de assistência à saúde existente antes da reforma sanitária brasileira, esse fundamentado em um trabalho fragmentado e desumanizado.

O despontar da Saúde da Família, enquanto estratégia prioritária e alavancadora para a reorganização da atenção primária no Brasil, foi pautado no fortalecimento da participação social, nas parcerias intersetoriais e na ação multidisciplinar. Nesse contexto, a inserção da odontologia na ESF aparece como possibilidade de transformação da prática, introduzindo novos conceitos, conteúdos e formas de organização e buscando a melhoria das condições de saúde bucal da população. Significou não só uma ampliação, mas também uma valorização da atenção primária em saúde bucal no Brasil, incorporou uma maneira diferente de pensar a atenção em saúde bucal, buscando enxergar o paciente como um todo, e não apenas os seus problemas orais (MATTOS et al., 2014).

Apesar de existirem algumas experiências anteriores de incorporação do cirurgião-dentista na ESF, essa se deu de forma oficial apenas no ano 2000, por meio da Portaria 1444 do Ministério da Saúde, que estabeleceu o incentivo financeiro à inclusão da saúde bucal na ESF, impulsionando a expansão do número de equipes de saúde bucal no Brasil (SOUZA; RONCALLI, 2007).

É importante lembrar que a organização de um processo de trabalho em equipe na saúde bucal, com cooperação e visão integrada do usuário, constitui-se numa tarefa diária e constante de superação de desafios, na medida em que se pretende construir uma prática que vise a melhoria contínua do cuidado e sua desfragmentação, possibilitando um melhor atendimento a quem procura os serviços de saúde bucal do SUS (BRASIL, 2006). Nesse contexto, vale salientar que existem características inerentes ao próprio exercício da Odontologia que dificultam sua prática no setor público, como por exemplo, a necessidade de incorporação de tecnologias duras na Atenção Básica (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Existe também certa resistência por parte da própria equipe de saúde bucal na execução do trabalho em equipe na ESF, que pode ser atribuída a características próprias da formação do cirurgião-dentista, que ainda valoriza primordialmente o desenvolvimento de habilidades técnicas e especializadas em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe, articulado e com a coletividade (MATTOS et al., 2014)

A formação acadêmica do cirurgião-dentista tem muitas lacunas que se refletem na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar, para pensar na saúde

de forma integral e ampliada e para a vivência do paradigma da promoção da saúde. É necessário motivar os profissionais de saúde bucal para que reflitam e redirecionem suas práticas, uma vez que o trabalho do cirurgião-dentista vai muito além do trabalho clínico (MATTOS et al., 2014).

O novo paradigma de saúde exige abordagens inovadoras, que permitam produção de conhecimento científico e intervenções práticas pautadas no objetivo de vislumbrar o ser humano na sua integralidade. A interdisciplinaridade no trabalho em saúde representa a valorização do trabalho interativo, coletivo e compartilhado; fundamental para a reorganização da atenção à saúde no SUS. Torna possível a formação de profissionais com percepção mais abrangente, dinâmica e integrada. A experiência interdisciplinar no cenário de prática, através de um processo de discussão-ação-reflexão-transformação, abre caminhos para que sejam construídas relações interpessoais com base na cooperação e contribui ativamente para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e políticas de saúde do país (REIS et al., 2014).

Nesse sentido, não podemos deixar de mencionar que trabalhar em equipe na ESF significa muito mais que simplesmente reunir diferentes categorias profissionais atuando em um mesmo espaço, significa conectar diferentes processos de trabalho, permitindo-se conhecer o trabalho do outro, valorizando a participação desse na produção do cuidado, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados coletivamente. É preciso que os trabalhadores envolvidos atuem articulando práticas e saberes no enfrentamento das dificuldades encontradas, propondo soluções conjuntamente e intervindo na realidade de maneira apropriada. Na lógica do trabalho multidisciplinar, necessário ao desenvolvimento adequado das atividades inerentes ao trabalho na ESF, todos devem estar envolvidos na resolução dos problemas de saúde dos usuários (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

A interdisciplinaridade, enquanto ferramenta de trabalho, gera interações que permitem aos profissionais agregar conhecimentos, experiências, habilidades e opiniões, proporcionando um melhor cuidado à saúde através de uma visão holística do paciente. A oportunidade de troca de experiências, de trabalho em equipe e de aprimoramento das habilidades de comunicação contribui para um cuidado mais humanizado e integral, assim como possibilita uma intervenção comum e direcionada à solução de problemas práticos e às demandas dos serviços de saúde (REIS et al., 2014).

Para Finkelman (2002), o trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família é uma força inovadora que veio reformular os paradigmas da atenção básica e que cria uma sinergia

cujos resultados encontram-se acima dos esforços individuais. Não deve ser uma simples agregação do trabalho do médico, do enfermeiro, do cirurgião-dentista, do pessoal auxiliar e dos agentes comunitários de saúde.

Na atualidade, a interdisciplinaridade apresenta-se como uma exigência para atender as demandas do conceito ampliado de saúde, uma vez que a especialização exagerada levou a uma não compreensão global do ser humano e do processo saúde-doença. No entanto experiências efetivas de trabalho interdisciplinar ainda se apresentam como um desafio no campo da saúde (REIS et al., 2014).

O MPSF da RENASF, para além de ser um mestrado multiprofissional, propõe-se a estimular o trabalho em equipe, inclusive através da adoção de metodologias ativas que exigem a formação de grupos de trabalho. Fomenta e valoriza uma visão de totalidade do cuidado em saúde, indo ao encontro do preconizado como ideal para desenvolvimento do trabalho na ESF, que deve ser interdisciplinar e ter sempre como finalidade última a integralidade e a qualidade do cuidado ofertado ao usuário.

Podemos observar, nas falas dos discentes, passagens que denotam o quão significativo foi para eles, no âmbito das atividades desenvolvidas no curso, ter um contato mais próximo com práticas de outros grupos de profissionais e com ferramentas de trabalho que favorecem uma aproximação das equipes da ESF com as famílias, além dos membros da equipe entre si. O MPSF da RENASF veio também possibilitar uma reflexão acerca do papel do cirurgião-dentista na ESF, mostrando a necessidade de superação de uma lógica de trabalho limitada a procedimentos clínicos curadores, centrada em tecnologias duras, imposta tradicionalmente pela academia, e valorizada durante os processos formativos no campo da Odontologia.

Assim sendo, a formação no MPSF da RENASF se norteou pelo preceito, segundo Friedrich (2005), de que o trabalho em saúde como processo coletivo, multiprofissional e interdisciplinar deve passar de um conceito teórico para uma formulação que correlacione a formação técnica de qualidade com a formação para o trabalho em saúde e tal formação não se dá através de atitudes corporativas isoladas e descoladas do rumo das conquistas na saúde, mas sim através de uma construção coletiva do trabalho.

No que se refere ao outro aspecto abordado pelos mestrandos nessa classe, relacionado à precarização dos vínculos de trabalho na ESF, é importante salientar que, Segundo Taveira (2010), com vínculos não estáveis os profissionais ficam sujeitos à instabilidade política e à disputa predatória entre os municípios, ocasionando rotatividade dos profissionais e descontinuidade da assistência.

A precariedade dos vínculos de trabalho tem sido considerada como uma relevante dificuldade para o desenvolvimento do trabalho na ESF, uma vez que "vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de vínculos com as comunidades" (BRASIL, 2005b, p. 202).

Segundo Medeiros et al. (2010), é importante que os profissionais sejam estáveis para que possam conhecer a comunidade com a qual atuarão, imergindo na sua história e organização política, social e econômica, maximizando as estratégias de atuação, direcionando-as de acordo com as reais necessidades da comunidade.

No entanto, a própria legislação do SUS não prevê ferramentas de estabilidade para os profissionais da ESF e também não define parâmetros de remuneração. A Portaria número 1.886/9717, que definiu a organização do PSF, não resolveu essa questão, deixando na responsabilidade das prefeituras municipais a contratação dos profissionais, mas recomendando o concurso público. Porém o que a prática mostra é que muitas prefeituras não realizaram concurso, gerando uma série de vínculos precários de trabalho, com grandes diferenças salariais entre os municípios, algumas vezes dentro de um mesmo município, o que induz à alta rotatividade nas equipes (MEDEIROS et al., 2010).

A notável instabilidade nos vínculos com o sistema municipal ocasiona uma postura profissional que compromete o planejamento de longo prazo e a gestão nas redes de atenção à saúde (RAS). Uma política de valorização profissional que fortalecesse os vínculos empregatícios e estruturasse um plano de carreira no SUS diminuiria a alta rotatividade dos profissionais da atenção básica e resultaria, inevitavelmente, no aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde (GONÇALVES et al., 2014).

Para os discentes, a vinculação precária é um fator desestimulante para o desenvolvimento do trabalho na ESF. Nesse sentido, o MPSF da RENASF é considerado uma iniciativa de valorização profissional, na medida em que fomenta discussões e permite reflexões acerca da importância do trabalho na Atenção Básica, estimulando a adoção de uma postura crítica e questionadora e favorecendo o empoderamento dos profissionais para o enfrentamento dos desafios impostos pelas precárias condições de trabalho.

6.3.3 Classe 3 – As situações de vulnerabilidade e os desafios do trabalho na atenção básica

Para a formação da classe três (27,95%), que foi nominada como as situações de vulnerabilidade e os desafios do trabalho na Atenção Básica, contribuíram sujeitos graduados

em enfermagem e odontologia, destacando-se na formação dessa classe os sujeitos da nucleadora UVA.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram fez, consulta, pedra, preso, usuário, droga, paciente, adolescente, território. O qui-quadrado mais elevado, igual a 17, foi o da palavra fez.

Nessa classe, os mestrandos abordam problemas relacionados às vulnerabilidades sociais com as quais muitas vezes se deparam durante o seu trabalho na Atenção Básica. Podemos observar dificuldades em lidar com questões relacionadas à dependência química e também à violência, conforme os trechos abaixo, extraídos das UCE:

"agora o que mais me chamou atenção que quando eu olho hoje para a pessoa eu me emociono foi o caso de um paciente que foi um trabalho que a gente fez, eu não lembro bem qual foi o módulo, mas se não me engano foi atenção e gestão do cuidado, o caso que a gente fez esse trabalho, atenção à tuberculose, a linha de cuidado para as pessoas portadoras de tuberculose com risco ao abandono do tratamento, então a gente tinha muito, a gente tinha não, a gente ainda tem muito abandono ao tratamento, principalmente para os usuários de droga, alcoolismo, então essas pessoas elas têm uma alta potencialidade de abandono do tratamento, e esse paciente, ele era um que tinha abandonado o tratamento, ele tinha tuberculose, **e estava sendo uma situação mesmo triste, usuário de pedra, e a gente fez um trabalho com ele, com a família dele, e a esposa dele também era usuária de pedra. Juntamos a equipe, e a gente fez um trabalho, construímos mesmo uma linha de cuidado, e no caso desse paciente, era um paciente que estava mais grave, a gente teve que cuidar mais dele, então a gente foi rever todos os exames dele, a gente foi buscar apoio ao serviço social, chamamos os psicólogos, chamamos o pessoal do centro de atenção psicossocial para dar apoio e o paciente conseguiu retomar o tratamento, hoje ele já ganhou sete quilos, e não deixou a droga totalmente, que ele disse que não pode deixar, que o médico falou que ele não pode deixar de uma vez, está deixando aos poucos, mas foi uma vitória, porque foi uma intervenção que pra mim devolveu a vida para essa pessoa, e quando ele hoje me vê, ele diz assim: ei doutora, olhe estou assim. E foi muito bom, porque isso foi uma iniciativa do mestrado".**

(sujeito 9, UVA, enfermeiro(a), 16 anos de AB, khi2 = 14 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"Aí eu disse: mas ele foi preso porque estava roubando. Aí ela disse: não, foi só, ele só fez roubar a aliança. Aí a mãe disse: eu não sei mais o que fazer com essa menina doutora,

porque o padrasto dela é meu único apoio. Eu sei que o padrasto, ela tinha conhecido na cadeia, no presídio, no dia que tinha ido visitar o irmão que estava preso. A filha mais velha era usuária de droga, essa filha mais nova, que estava com ela, estava se envolvendo com um dos marginais da comunidade, e o menino mais novo, eu nem sei que fim o coitado, o pobre levou nessa história toda. **Mas era uma situação tão complexa e tão não superficial, e eu não sabia o que fazer, eu sabia identificar, eu sabia quais eram os bilhares dos problemas, eu conseguia enxergar aquilo, a gente consegue ver, consegue saber a aflição que as pessoas passam, a gente consegue entender isso, mas eu me senti tão impotente em resolver, ou colaborar para mudar aquela realidade que aí eu me perguntei para que eu queria saber dessas coisas todinhas, se eu não posso fazer nada".**

(sujeito 12, UFC, odontólogo(a), 13 anos de AB, khi2 = 14 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

No Brasil, é muito conhecida a associação entre pobreza e diversos elementos promotores de sofrimento e opressão, tais como: doença, analfabetismo, concentração de renda, violência, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, desemprego, alimentação de má qualidade e precariedade no ensino público, entre outros. Nessa associação, fica evidente o alto grau de desigualdade social ao qual está exposta a população brasileira, ocasionando, muitas vezes, uma situação de ruptura da participação social, e uma perpetuação na condição de exclusão social de muitos indivíduos (COTTA et al., 2007).

Geralmente, os piores índices de saúde são encontrados nos grupos populacionais mais vulneráveis, que ocupam a base da pirâmide social, trazendo para os profissionais da saúde, as dificuldades da atuação nesses contextos de vulnerabilidade social. É provocador o desafio de desenvolver estratégias e ações que promovam a cidadania e a efetivação dos direitos sociais, inclusive do direito à saúde, dessa parcela da população (COTTA et al., 2007).

Dessa forma, a vulnerabilidade pode ser entendida como um convite à renovação das práticas de saúde enquanto práticas sociais e históricas, através do trabalho articulado entre diversos setores da sociedade e da transdisciplinaridade, permitindo repensar as práticas profissionais, de maneira crítica e dinâmica, contribuindo para produzir mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que impactem nos perfis epidemiológicos (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

A articulação intersetorial representa um dilema permanente para a promoção da saúde, pois mesmo sendo notória a importância das parcerias para o avanço nesse campo, a

intersetorialidade restringe-se muitas vezes ao que exigem os programas e políticas de indução federal. Muitas vezes, é possível constatar articulações entre assistência social, saúde e educação apenas associadas a práticas monitoradas em cumprimento de condicionalidades para manutenção dos benefícios dos programas de transferência de renda (SILVA et al., 2014).

As articulações podem ser estratégias potentes para responder aos problemas complexos que impactam o bem estar individual e coletivo, dessa forma, a intersetorialidade não pode permanecer restrita ao campo das intencionalidades, limitando-se a acordos frágeis que dizem respeito apenas a encaminhamentos e compartilhamento de recursos materiais e humanos. É necessário um avanço nas práticas intersetoriais, apoiado na concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento e gestão compartilhados (SILVA et al., 2014).

Na primeira situação descrita nessa classe, é abordada a experiência de acompanhamento de um mestrando a um paciente usuário de drogas e em tratamento contra tuberculose. Há referência ao conceito de linha de cuidado e fica explícita a ideia de que houve articulação e mobilização da RAS na proposição de soluções para os problemas do usuário, possibilitando uma transformação na situação de saúde do paciente.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). Segundo Mendes (2011), são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar atenção contínua e integral para determinada população, cabendo à APS atuar enquanto coordenadora do cuidado nessas RAS.

No segundo caso descrito, que diz respeito a uma família em situação de vulnerabilidade social e com membros adolescentes, constata-se uma clara dificuldade do mestrando em visualizar estratégias para a resolução dos problemas, ele considera-se impotente diante da complexidade das situações que percebe em seu meio. Não há nenhuma referência ao acionamento de recursos dentro da própria RAS, ou ao estabelecimento de parcerias intersetoriais, não houve articulação entre o setor saúde e nenhum outro setor governamental. Depreende-se, com base na descrição do caso, que há, muitas vezes, uma incapacidade da AB de promover práticas articuladas e intersetoriais. A falta de articulação continua sendo um nó crítico no trabalho da ESF, impossibilitando, em alguns casos, o

desenvolvimento de um cuidado pautado na integralidade e dificultando sua atuação enquanto coordenadora do cuidado dentro das RAS.

6.3.4 Classe 4 - Ampliando o olhar sobre a ESF

Para a formação da classe quatro (31,06%), de maior percentual, e nominada como ampliando o olhar, contribuíram sujeitos graduados em enfermagem, odontologia, medicina e psicologia, destacando-se o sujeito onze, psicólogo, que foi o que mais contribuiu para a formação dessa classe.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram acho, mestrado, estratégia saúde da família, ampliar, atividade, visão, gestão, comunidade, conhecimento. O qui-quadrado mais elevado, igual a 28, foi o da palavra acho, seguida pela palavra mestrado, de qui-quadrado igual a 19.

Nessa classe, os mestrandos afirmam que o mestrado ampliou a sua visão, o seu olhar sobre a ESF, por meio da aquisição de novos conhecimentos e de novas técnicas de trabalho. Para eles, o MPSF da RENASF fortaleceu o diálogo entre a academia e o serviço, e proporcionou uma interação entre os profissionais da assistência e da gestão inseridos nos mais diversos cenários de prática relacionados à ESF. Nos trechos abaixo, observamos algumas passagens que contextualizam essas afirmações:

"então naquela prática ali de comunidade eu pensei: como a gente amplia a visão, o olhar, através do mestrado, através dos estudos, do aprofundamento. **Agora tendo sempre como a ponta, porque se tivesse só a nível teórico, fosse só teórico, eu já me esqueço com toda a prática, eu já tenho dificuldade de lembrar das coisas, quanto mais se não fosse vivenciado".**

(sujeito 11, UECE, psicólogo(a), 3 anos de AB, khi2 = 13 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"eu acho que o que ficou massa, que focou muito legal do nosso mestrado, é que tinha profissional da ponta, tinha núcleo de apoio à saúde da família, **tinha Estratégia Saúde da Família, não que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família não seja Estratégia Saúde da Família, tinha a equipe de enfermeiro, odontólogo, e o médico, e tinha também os gestores da Atenção Primária à Saúde, então isso que foi a troca de experiências e que foi o rico da gente".**

(sujeito 11, UECE, psicólogo(a), 3 anos de AB, khi2 = 24 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"foi uma contribuição muito importante essa questão de você aprender a ter essa visão mais ampliada, aprender a intervir na família, aprender mais sobre todos os assuntos, acolhimento, humanização".

(sujeito 1, UVA, odontólogo(a), 7 anos de AB, khi2 = 10)

"o mestrado ele veio a contribuir para ter um olhar diferente das práticas, do que as equipes trabalham, da forma que as equipes trabalham. **Então foi isso que fez, principalmente, com que mudasse, mudou a minha visão, e essa mudança de visão fez com que a gente aprimorasse as técnicas de trabalho, aprimorasse os modos de fazer estratégia saúde da família".**

(sujeito 13, UVA, enfermeiro(a), 10 anos de AB, khi2 = 13 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

"na hora que a gente tem um mestrado dentro da área da saúde da família, a tendência é um novo olhar vir a surgir, então em busca de um novo olhar dentro estratégia saúde da família. Eu acho que é a ponte, a grande ponte que está sendo formada entre ações da estratégia saúde da família e a academia, porque o que ocorre no dia a dia, somos nós que estamos na estratégia saúde da família, nós estamos produzindo ações, **produzindo conhecimento, mas nós não estamos publicando o que nós estamos produzindo, então existe uma dicotomia entre ensino e serviço, ou seja, produção de conhecimento e estratégia saúde da família, então a rede nordeste de formação em saúde da família, ela vem para agregar à estratégia saúde da família, no sentido de valor, melhorar essa relação entre ensino e serviço, favorecendo assim um aumento aí, de conhecimento dentro da área, dentro da estratégia saúde da família".**

(sujeito 2, UFRN, enfermeiro(a), 15 anos de AB, khi2 =6 *Os trechos em negrito correspondem a uma complementação retirada do corpus original, antes da partição das UCI em UCE)

Segundo Araújo (2001), a partir da noção de competências, um novo discurso sobre a formação profissional apresenta-se, prometendo ser capaz de responder às novas demandas do mercado de trabalho, sustentando um conjunto de ideias sobre como deve ser a formação da classe trabalhadora.

De acordo com Lima (2005), nas décadas de 60 e 70, a concepção de competência que influenciou a organização curricular tinha fortes raízes no comportamentalismo, teoria segundo a qual o aprendizado é o processo de mudança de conduta que ocorre através do condicionamento. Atualmente, a influência do comportamentalismo ainda é marcante na formação profissional, principalmente na área da saúde.

Na década de 80, surgiu uma nova concepção de competência, entendida como o desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, somados, proporcionam diferentes modos de realizar com qualidade uma tarefa ou um trabalho, é a chamada competência dialógica, que surge da partilha e do diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem. A construção de significados ocorre por meio da associação entre teoria e prática, da reflexão e da teorização a partir da realidade concreta, permitindo desenvolver capacidades profissionais através da valorização de um aprendizado contextualizado, diferente daquele adquirido apenas por meio dos conteúdos e das disciplinas (CHIESA et al., 2007).

Em um currículo orientado por competências, os conteúdos devem emergir da prática e ser explorados com coerência para o enfrentamento de situações complexas e reais, frutos de uma construção social. Mobilizar recursos que permitam agir recorrendo ao que se sabe para realizar o que se projeta é o que importa e não a simples transmissão de conhecimentos acumulados (CHIESA et al., 2007).

Segundo informe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), as competências necessárias à formação profissional dividem-se em quatro linhas fundamentais: aprender a ser (abrange autonomia, juízo e responsabilidade pessoal), aprender a conhecer (assimilar conhecimentos científicos e culturais), aprender a fazer (adquirir procedimentos que permitam enfrentar as dificuldades que se apresentem na vida e na profissão), aprender a conviver e a trabalhar juntos (compreender os demais, o mundo e suas inter-relações). Espera-se de uma educação centrada em competências que essa tenha uma abordagem didática que contemple uma aprendizagem útil, que permita ao estudante atuar de maneira ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida profissional, pessoal e social (COTTA; COSTA; MENDONÇA, 2013).

A aprendizagem baseada em competências, busca construir a autonomia intelectual do aluno, favorecendo a tomada de decisões e não apenas a resolução mecânica de problemas. Implica na mobilização de raciocínio e também de valores, para que o indivíduo possa decidir pelo que é mais justo para ele e para a sociedade. A variedade de alternativas frente à tomada de decisões está intimamente associada ao aumento do repertório do aluno, que se dará pela

construção de competências, definidas como esquemas mentais de caráter cognitivo, sócio-afetivo ou psicomotor que, quando mobilizadas e articuladas aos saberes teóricos ou experiências, geram um saber fazer, estão ligadas a um saber que é construído internamente (CRUZ, 2013).

Ao final do curso de MPSF da RENASF o egresso deverá ter competências para realizar ações de promoção da saúde, realizar a gestão do processo de trabalho na ESF, realizar a atenção e a gestão do cuidado do indivíduo, família e comunidade, produzir e utilizar informações em saúde na APS, desenvolver a preceptoria nos serviços de saúde, desenvolver atividades de educação em saúde no contexto da APS, atuar na ESF na perspectiva da integralidade e humanização AB, e apropriando-se da proposta pedagógica do curso, utilizar métodos científicos para a elaboração e o desenvolvimento de projeto de investigação ou de intervenção como requisito para o trabalho de conclusão de curso (MORAIS et al., 2012).

Segundo Morais et al. (2012), no MPSF da RENASF é adotada uma concepção de currículo entendido como construção social, e esse deve desconstruir concepções de saúde, doença e cuidado arraigadas ao modelo biomédico e a uma perspectiva restrita de identidade profissional. O aprendizado é baseado em competências, entendidas nesse contexto como a capacidade de articulação, mobilização e prática de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores fundamentais no exercício do trabalho na ESF, no qual o cuidado ao indivíduo é intimamente relacionado à compreensão das dinâmicas coletivas.

De acordo com o exposto, acredita-se sim que o modelo de aprendizagem baseado em competências e as práticas pedagógicas desenvolvidas no curso foram capazes de fomentar uma construção coletiva de conhecimentos e de promover uma aprendizagem coerente com as habilidades requeridas de um profissional da ESF.

6.3.5 Classe 5 - O uso das ferramentas de abordagem familiar

Para a formação da classe cinco (11,18%), que foi nominada como o uso das ferramentas de abordagem familiar, contribuíram sujeitos graduados em enfermagem e odontologia, destacando-se o sujeito oito, enfermeiro, da nucleadora UFMA e com cinco anos de trabalho na AB, que foi o que mais contribuiu para a formação dessa classe.

As palavras que mais apareceram nessa classe, portanto mais frequentes, foram Genograma, Ecomapa, projeto, família, identificação, vínculo, experiência, membro, situação. O qui-quadrado mais elevado, igual a 58, foi o da palavra Genograma.

Nessa classe, pudemos observar o quão significativo foi para os discentes o contato com técnicas que permitem uma maior aproximação com os núcleos familiares, um conhecimento mais íntimo da problemática que envolve cada família e um melhor entendimento do contexto social que permeia as relações familiares. Para os mestrandos, as ferramentas de abordagem familiar se mostraram estratégias extremamente interessantes e dentre as diversas existentes, tais como Genograma, Ecomapa, FIRO, APGAR, PRACTICE, MACAF e técnica de entrevista, entre outras, as que despertaram maior interesse foram o Genograma e o Ecomapa, nessa ordem. Corroboram essa realidade os seguintes trechos:

"posso pontuar um projeto, que é a aplicação do genograma e do ecomapa com a família de um paciente em tratamento de tuberculose, que essa foi uma das famílias com quem eu mais estreitei o vínculo, laço mesmo".

(sujeito 8, UFMA, enfermeiro(a), 5 anos de AB, khi2 =31)

"investigamos cada membro isoladamente, e os membros em conjunto, depois apresentamos o genograma e ecomapa para a família, identificando as situações de conflito e as situações de fortalecimento que a família apresentava".

(sujeito 8, UFMA, enfermeiro(a), 5 anos de AB, khi2 =42)

Para se trabalhar com a família, deve haver um completo entendimento da mesma e, no acompanhamento, é importante compreender sua história natural e seu padrão de adoecimento. Surgem então as ferramentas de abordagem familiar, no intuito de potencializar a ação dos profissionais de saúde, e fornecer, de forma simples e objetiva, instrumentos que mostrem a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares (SILVA; SANTOS, 2003).

O Genograma caracteriza-se por ser uma representação gráfica da família, é um desenho ou mapa da família e as informações por ele reunidas podem incluir aspectos genéticos, médicos, sociais, comportamentais, relacionais e culturais que denotam sua estrutura e configuração, dando indícios de seu funcionamento e dinâmica. Tem sido utilizado em diversos contextos, mas é amplamente utilizado na Terapia Familiar e na Atenção Primária à Saúde (WENDT; CREPALDI, 2008).

Apesar da similaridade entre o Genograma e a árvore genealógica, o Genograma supera os limites de uma representação meramente visual dos indivíduos, pois possibilita a coleta de informações qualitativas sobre a dinâmica familiar, no que se refere aos processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio/desequilíbrio familiar. Retrata processos emocionais e comportamentais dos membros da família em pelo menos três gerações, possibilita a representação visual da estrutura e dinâmica familiar, bem como de eventos

importantes em sua história, como separações, nascimentos e mortes, resgatando essas informações para disparar reflexões sobre um problema atual, facilitando discussões sobre possíveis intervenções que podem ser úteis (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Já o Ecomapa, corresponde a um diagrama das relações entre a família e a comunidade na qual está inserida, ajuda a detectar e avaliar apoios e suportes disponíveis assim como sua utilização pela família. Retrata os contatos das famílias com pessoas, grupos ou instituições, como serviços de saúde, escolas e comunidades religiosas e representa a ausência ou presença de determinados recursos sociais, culturais e econômicos, é dinâmico, é um retrato de um dado momento da vida da família (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

De acordo com Silva, Silva e Bousso (2011), admitindo como consolidada a ideia de que as condições de saúde-doença dos membros da família e a família como unidade influenciam-se mutuamente, atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e o separa de seu contexto e de seus valores socioculturais.

Nesse sentido, a utilização das ferramentas de abordagem familiar no campo das práticas formativas do MPSF da RENASF cumpriu com o seu intuito de incentivar a vinculação dos mestrandos, enquanto profissionais da ESF, com as famílias e de proporcionar integralidade do cuidado em saúde, fomentando mudanças paradigmáticas em relação ao modelo de saúde hegemônico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constituiu-se em uma elucidativa iniciativa no que se refere a compreender os significados atribuídos pelos discentes à formação no MPSF da RENASF, assim como a percepção desses acerca do curso. Possibilitou também uma discussão em torno das principais contribuições do curso para as práticas profissionais na ESF.

Houve efetiva aquisição de novos conhecimentos científicos pelo alunado, proporcionando um aprimoramento do trabalho por eles realizado na ESF e uma consequente melhoria na qualidade da atenção à saúde ofertada à população. Ocorreu um processo de ressignificação de práticas, propiciado pelos conhecimentos oportunizados e pelas situações experienciadas no curso, o que permitiu que muitas atividades antes realizadas pautadas no empirismo, de forma intuitiva, dessem lugar a procedimentos respaldados por um conhecimento científico sempre contextualizado e direcionado à aplicabilidade prática nos serviços de saúde.

A formação no MPSF da RENASF significou também uma possibilidade de fazer da pós-graduação um espaço de reflexões sobre as práticas, sobre o processo de trabalho no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, pois aproximou da academia discussões muito vinculadas à intimidade do trabalho na ESF.

As principais dificuldades experimentadas pelos discentes estão relacionadas à elaboração dos projetos, à realização das pesquisas e ao estranhamento causado pelo primeiro contato com uma metodologia ativa. No que se refere às dificuldades relacionadas à produção do conhecimento, essas parecem estar intimamente relacionadas à herança de uma formação extremamente conteudista e disciplinar. Nesse sentido, a valorização da abordagem qualitativa reflete a quebra de um paradigma positivista, ao passo que valoriza as relações de complexidade e assume um maior compromisso com a realidade.

No que concerne à metodologia, as dificuldades indicam uma falta de adaptação, ou apenas a necessidade de dar um caráter mais dinâmico ao curso. Nesse sentido, sugere-se valorizar também outras estratégias educacionais previstas na própria proposta pedagógica do curso, como a narrativa, o estudo de caso, ou mesmo a exposição dialogada.

Contudo, a utilização de metodologias ativas, enquanto orientação teórico-pedagógica do curso, mostrou-se coerente com a construção de saberes e a produção de conhecimentos muito vinculados à realidade social que permeia o trabalho na ESF, promovendo movimentos coletivos de ação-reflexão-ação sobre as práticas profissionais. Mostrou-se também capaz de fazer com que os discentes se percebessem enquanto protagonistas na construção do

conhecimento, entretanto esses reiteraram a importância da atuação engajada dos docentes na facilitação nos grupos de trabalho.

Houve um estímulo ao desenvolvimento de pesquisas contextualizadas, ajustadas à realidade local dos discentes e à necessidade de educação permanente no âmbito da ESF, evidenciando a importância da articulação ensino-serviço-comunidade nos movimentos formativos no campo da saúde. Busca-se subverter uma lógica mercadológica e de massificação de processos formativos por vezes esvaziados de uma análise crítica e reflexiva do processo de trabalho nos serviços de saúde, mais preocupados com protocolos e certificação, distantes portanto das necessidades de saúde das pessoas e desconectados do campo das subjetividades.

Nesse sentido, as práticas formativas do MPSF da RENASF cumpriram com o seu intuito de incentivar a vinculação dos mestrandos, enquanto profissionais da ESF, com as famílias, e de proporcionar integralidade do cuidado em saúde, fomentando mudanças paradigmáticas em relação ao modelo de saúde hegemônico.

O curso oportunizou, através de suas práticas, fortes reflexões sobre a importância do desenvolvimento de um trabalho humanizado, pautado no acolhimento, que favorece a aproximação e intimidade entre trabalhadores e usuários, estreitando laços, criando novas possibilidades de intervenção e produzindo cuidado de qualidade.

As práticas formativas executadas nos territórios estiveram bem sintonizadas com as necessidades locais e estimularam nos discentes uma postura combativa frente a rotinas desumanizadas. Foi possível, através da humanização, do acolhimento, e da escuta qualificada, subverter uma lógica de trabalho, muitas vezes excludente e segregadora, e acolher grupos sociais e usuários antes marginalizados, excluídos do cuidado produzido nas unidades de saúde, contribuindo para a formação de um profissional mais comprometido e sensível às demandas dos usuários.

A própria metodologia ativa da ABP estimulou o trabalho em equipe multiprofissional, fomentou e valorizou uma visão de totalidade do cuidado em saúde, indo ao encontro do preconizado como ideal para o desenvolvimento do trabalho na ESF, que pode ser interdisciplinar e ter como finalidade última a integralidade e a qualidade do cuidado ofertado ao usuário. Nesse sentido, o contato mais próximo com práticas de outros grupos de profissionais e com ferramentas de trabalho que favorecem uma aproximação das equipes com as famílias e dos membros da equipe entre si foi fundamental.

A vinculação precária aos serviços de saúde apareceu nas discussões mostrando seu caráter extremamente desestimulante para o desenvolvimento do trabalho na ESF. Nesse

sentido, o MPSF da RENASF é considerado uma iniciativa de valorização profissional, na medida em que fomenta discussões e permite reflexões acerca da importância do trabalho na AB, estimulando a adoção de uma postura crítica e questionadora, e favorecendo o empoderamento dos profissionais para o enfrentamento dos desafios impostos pelas precárias condições de trabalho.

No que se refere às vulnerabilidades sociais que muitas vezes pairam sobre o trabalho na Atenção Básica, em muitos momentos fica explícito que houve articulação e mobilização da RAS na proposição de soluções para os problemas dos usuários, possibilitando uma transformação na situação de saúde do paciente. No entanto, em outras ocasiões, é visível a dificuldade em vislumbrar estratégias para a resolução dos problemas, e há uma sensação de impotência diante da complexidade das situações percebidas na comunidade. Há, muitas vezes, uma incapacidade da AB de promover práticas articuladas e intersetoriais, a falta de articulação continua sendo um nó crítico no trabalho da ESF, impossibilitando o desenvolvimento de um cuidado pautado na integralidade e dificultando sua atuação enquanto coordenadora do cuidado dentro das RAS

O curso de MPSF da RENASF reuniu diversos aspectos positivos, dentre eles convém ressaltar a importância de discutir o impacto da formação profissional sobre os processos de trabalho em saúde, configurou-se ainda numa importante oportunidade de repensá-los e também de articular estratégias de formação e de Educação Permanente.

O MPSF da RENASF trata-se, na sua essência, de uma iniciativa voltada à qualificação dos profissionais da Atenção básica para o exercício da preceptoria em saúde, visando fortalecer a integração entre o ensino e os serviços de saúde, configurando-se ele próprio numa potente iniciativa de educação permanente em saúde, uma vez que destina-se apenas a profissionais em atuação no âmbito da ESF, que devem tornar-se aptos a retroalimentar outros processos de educação permanente em saúde através do desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos técnicos necessários a compô-los como sujeitos comprometidos com os processos formativos no âmbito do SUS e da ESF.

REFERÊNCIAS

ALBA, M. El Método ALCESTE y su aplicación al estudio de las Representaciones Sociales del Espacio Urbano: El caso de La Ciudad de México. **Papers on Social Representations**, v. 13, n. 1, p. 1-20, 2004.

ARAUJO, R. M. L. **Desenvolvimento de competências profissionais:** as incoerências de um discurso. 2001. 218f. Tese (Doutorado em Educação) -Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.

ARAUJO, S. H. R. **Análise de produção científica brasileira sobre as metodologias ativas de aprendizagem na área de saúde**. 2013. 43 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2013.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 16-29, 2004.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

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

BITTAR, M.; FERREIRA JÚNIOR, A. História e filosofia da ciência. In: SOUZA, M. E. M.; MORAIS, A. S. (Orgs.). **Origem e evolução do conhecimento – OEC**. Santarém: UFOPA, 2012. p. 14-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Revista de Saúde Pública,** v. 36, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300019>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 364/2002**. [Brasília, DF]: [s.n.], 2003. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2003/pces081_03.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**: Pró-saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 77 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família, avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços odontológicos**: prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA, 2006. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa Nº7, de 22 de Junho de 2009**. 2009a. Disponível em: <http://www.unb.br/administracao/decanatos/dpp/legislacao/Portaria_Normativa_N_07_de_22_de_junho_de_2009.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BRASIL. Ministério de Educação. **Portaria Normativa/MEC Nº 17, de 28 de dezembro de 2009**. 2009b. Disponível em: <http://www.unb.br/administracao/decanatos/dpp/legislacao/Portaria%20Normativa%20MEC%2017%20-%20mestrado%20profissional.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG)**: 2011-2020. Brasília: CAPES, 2010. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/capes2010.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2013.

BUSS, P. M. Prefácio. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Cenários possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 17- 21. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 06 jun. 2013.

CAMARGO, B. V. Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais**.** In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C.; CAMARGO, B. V. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. 1. ed. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005, v. 1, p. 511-539.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família1. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008.

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Mestres 2012:** Estudos da demografia da base técnico-científica brasileira**.** Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2012.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236-40, 2007.

CORRÊA, L.B.; OLIVEIRA, L. C.; GALIAZZI, M. C. A construção da pesquisa na caminhada do mestrado. **Ambiente & Educação**, v. 12, p. 111-129, 2007.

COTTA, F. M.; COSTA, G. D.; MENDONCA, E. T. Portfólio Reflexivo: uma proposta de ensino aprendizagem orientada por competências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1847-1856, 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 278 – 286, 2007.

CRUZ, A. **Breves Considerações Sobre a Aprendizagem Por Competências.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/breve.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

CURY, C. R. J. Quadragésimo ano do parecer CFE nº 977/65. **Revista Brasileira de Educação**, n. 30, p. 7-20, 2005.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DUARTE, J. E. S. et al. A gestão municipal e a residência multiprofissional em Saúde da Família: a experiência de Marília-SP. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 32, p. 11-18, 2005.

FÁVERO, A. A.; MARQUES, M. Aprender e ensinar na universidade: a docência na perspectiva da epistemologia da aprendizagem. In: SEMINARIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul: ANPED, 2012.

FINKELMAN, J. Relatório final. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EXPERIÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA, 2., 2002. Brasilia. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRIEDRICH, D. B. C. **O trabalho em Saúde**: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora**.** 2005. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface,** v. 1, n. 1, p. 109-122, 1997.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOLDBAUM, M. Mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Cenários possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Cap. 1. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 06 jun. 2013.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

GONÇALVES, L. C. et al. Educação permanente na estratégia de saúde da famíl**ia**: análise de conteúdo. In: SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 74., 2013, Natal. **Anais...** Natal: SBEn, 2013. p. 418-420. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_sben/74sben/pdf/284.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

HARTZ, Z. M. A; NUNES, T. C. M. Formação e capacitação dos recursos humanos no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas da pós-graduação em saúde Coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Cenários possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Cap. 3. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 06 jun. 2013.

LADEWIG, I. A importância da atenção na aprendizagem de habilidades motoras. **Revista Paulista de Educação Física**, p. 62-71, 2000. Suplemento 3.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, v. 9, n. 17, p. 369-79, 2005.

LOPES, G. V. D. O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 104-110, 2014.

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família**: um estudo de caso. 2009. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2009.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Cap. 9. p. 174-214.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências e Saúde Coletiva,** v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MENDES, E. V. **As rede de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A Prática da Metodologia Ativa: Compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Comunicação em Ciências da Saúde,** v. 23, n. 4, p. 327-339, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São

Paulo: Hucitec, 2000.

MORAIS, A. P. P. et al. **Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família:** Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2012.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2004.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C**.** Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Sociedade,** v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME**: Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

OLIVEIRA, D. C. et al. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estudos de Psicologia Futuro e liberdade**, v. 6, n. 2, p. 245-258, p. 2001.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto**: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva. 2004. Tese (Livre -docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no oficio de professores:** profissionalização e razão pedagógica. São Paulo: Artmed, 2002. 323p.

PIMENTA, S. G**.** Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 521-539, 2005.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (Brasil). **Mestrado Profissional em Saúde da Família:** chamada de seleção publica n. 1/2014. 2014. Disponível em: <http://www.ufma.br/portalUFMA/edital/ZZPKj7Ns0xAPMgX.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2014.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (Brasil). **Mestrado Profissional em Saúde da Família:** chamada de seleção publica n. 1/2011. Disponível em: <http://www.propgpq.uece.br/downloads/Chamadas_Publicas/CMPSF_Chamada_Publica_Nucleadoras%20UECE.pdf >. Acesso em: 06 jun. 2013.

REIS, F. L. T. et al. A interdisciplinaridade no grupo tutorial primeiro de maio – pet-saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 595-610, 2014.

RIBEIRO, A. S. M. **Alceste:** análise quantitativa de dados textuais. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

RIBEIRO, I. L. **Aprendizagem na interação ensino-serviço-comunidade**: a formação na perspectiva dialógica com a sociedade. 2013. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2013.

ROCHA, E. T. **Metodologias Ativas**: um desafio além das quatro paredes da sala de aula. 2014. Disponível em: <http://www.abed.org.br/site/pt/midiateca/textos_ead/1227/2014/05/metodologias_ativas_um_desafio_alem_das_quatro_paredes_da__sala_de_aula_>. Acesso em: 06 jun. 2013.

ROESE, A. et al. A produção do conhecimento na enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 302-307, 2005.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SANTOS, B. S. **Um Discurso sobre as Ciências**. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1995.

SANTOS, B. S. **A universidade do século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, C. M. Os Primeiros passos da pós-graduação no Brasil: a questão da dependência. **Ensaio**: avaliação e políticas públicas em educação, v. 10, n. 37, p. 479-492, 2002.

SANTOS, C. M. Tradições e contradições da pós-graduação no Brasil. **Educação & Sociedade**, v. 24, n. 83, p. 627-641, 2003.

SANTOS, S. A narrativa como estratégia de formação e de reflexão sobre a prática docente. **Revista Teoria e Prática da Educação**, v. 11, n. 2, p. 207-217, 2008. Disponível em: <http://www.dtp.uem.br/rtpe/volumes/v11n2/sumario.htm>. Acesso em: 06 out. 2014.

SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A.; AROUCA, R. **Mestrado Profissional em Saúde Pública:** caminhos e identidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 104 p.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. **Interface**, v. 9, n. 18, p. 621-630, 2005.

SEBOLD, L. F. et al. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** v. 15, n. 4, p. 753-756, 2010.

SELLI, L. et al. O cuidado na ressignificação da vida diante da doença. **O Mundo da Saúde,** v. 32, n. 1, p. 85-90, 2008.

SILVA, L. N. D. **Formação de professores centrada na pesquisa:** a relação teoria e prática. 2011. 163 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.

SILVA, E. L. da; MENEZES E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. Ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: <http://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024_Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

SILVA, J. V.; SANTOS, S. M. R. Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 77-86, 2003.

SILVA, T. A. M.; FRACOLI, L. A.; CHIESA, A. M. Cursos de especialização e residência em saúde da família: uma análise sobre os enfoques de avaliação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 129-132, 2011.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.

SOUZA, G. L. **A autonomia docente na concepção de professores egressos da pedagogia na modalidade de educação a distância em Mato Grosso**. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2006.

SOUZA, M. S. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

TAVEIRA, Z. Z. **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família**: revisão de literatura. 2010. 30 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica me Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

THOMSON, J. C. PBL - uma proposta pedagógica. **Olho Mágico**, v. 2, n.3/4, 1996.

TOLEDO JÚNIOR, A. C. C. et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico**. Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 2, p. 123-131, 2008.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Metodologia da aprendizagem baseada em problemas.** Disponível em: <http://www.uel.br/pessoal/moises/Arquivos/APRENDIZAGEMBASEADAEMPROBLEMAS.pdf>. Acesso em: 06 jun. 13.

VEIGA, K. C. G.; MENEZES, T. M. O. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso**. Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 42, n. 4, p. 761-768, 2008.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. **Psicologia**: Reflexão e Crítica, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

XIMENES, J. M. O processo de produção científico-jurídica: o problema é o problema. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 17., 2008, Brasília. **Anais...** Brasília: CONPEDI, 2008. p. 4791-4805.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ENTREVISTA

Mestrado Profissional em Saúde da família da Família: o curso sob a perspectiva dos mestrandos

Prezado Senhor (a)

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). Tem como objetivo geral: **Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)**, e como objetivos específicos: **1 – Conhecer a percepção dos mestrandos acerca do curso; 2– Analisar as principais contribuições do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de formação em Saúde da Família (RENASF) para as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF).**

O estudo justifica-se pelo fato de existirem ainda muitas dúvidas acerca dos mestrados profissionais e de sua importância enquanto instrumento que permita alinhar conhecimento científico e prática, nesse sentido, conclui-se ser de extrema relevância o desenvolvimento de pesquisas acerca dessa temática

Nesse contexto, a sua participação, como sujeito dessa pesquisa, é de suma importância por ser a sua parte representativa dessa realidade. Assim sendo, você está convidado (a) a participar da mesma, que é uma pesquisa com abordagem qualitativa do objeto de estudo.

Caso decida aceitar o convite você será submetido ao seguinte procedimento: Entrevista, onde serão abordados temas referentes aos objetivos da pesquisa. As entrevistas serão gravadas, e, transcritas posteriormente pela própria pesquisadora.

A pesquisa apresenta risco e desconfortos mínimos aos participantes, pois não envolve procedimentos clínicos de qualquer natureza, os únicos riscos podem estar relacionados à sua exposição diante de suas respostas à entrevista, portanto seu nome não será coletado durante a realização da entrevista, nem divulgado nas publicações, garantindo dessa forma a confidencialidade e a privacidade das informações, não haverá divulgação personalizada das informações prestadas. Caso haja necessidade de ressarcimento (compensação, se ocorrer despesas decorrentes da sua participação na pesquisa) e indenização (cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, físico ou moral, causado pela pesquisa), estes, serão realizados pela pesquisadora, desde que haja comprovação legal dos danos causados. Vale ressaltar que, o referido estudo também não lhe trará quaisquer benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa receberá qualquer prêmio.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto e momento que desejar, e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação se assim o desejar em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar-lhe qualquer transtorno.

Informamos ainda, que esta pesquisa será regida pelos princípios ético-legais, contidos na Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - CEP/HUOL/UFRN.

Os benefícios desse estudo são de ordem social, pois ele trará à tona questões relevantes acerca da formação dos profissionais da área da saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a disseminação de informações acerca dessa temática, os dados dessa pesquisa serão utilizados para investigação, publicação e divulgação a fim de contribuir para a excelência da formação de pós-graduação do tipo mestrado profissional, mais especificamente da formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Uma cópia destes consentimentos ficará com você e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável, por um período mínimo de cinco anos. Os arquivos eletrônicos, assim como as gravações das entrevistas, serão armazenados no computador institucional do professor orientador, também por um período de cinco anos. Para esclarecimento de qualquer

dúvida a respeito desta pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Nayara Santos Martins Neiva de Melo através de e-mail: nayaraneiva@hotmail.com, e telefone: (83) 9129 1635, e Antônio Medeiros Júnior através de e-mail: soriedemjunior@gmail.com, e telefone: (84) 9984 5133, e através do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através de e-mail: cep_huol@yahoo.com.br, e telefone: (84) 3342 5003.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, CPF n° _____ declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora Nayara Santos Martins Neiva de Melo, e ter entendido o que me foi explicado acerca dos objetivos da pesquisa, de como ela será realizada e quais são os riscos e benefícios aos quais me submeto, concordo em participar voluntariamente desse estudo intitulado: **Mestrado Profissional em Saúde da família: o curso sob a perspectiva dos mestrandos.**

Natal /RN, ____/____/____

_____

Nayara Santos Martins Neiva de Melo

(Pesquisadora Responsável)

_____

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Este roteiro servirá para nortear a entrevista, contudo, novas questões podem ser adicionadas no momento de sua realização.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde da Família

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O CURSO SOB A PERSPECTIVA DOS MESTRANDOS

Entrevista nº____

► Formação de graduação:_____; ► Tempo de Trabalho na Atenção Básica _____anos.

1 – Fale-me do MPSF da RENASF.

2 - O que significa para você essa formação no MPSF da RENASF?

3 - Suas expectativas em relação a essa formação estão sendo atingidas?

4 - Você indicaria este curso (MPSF da RENASF) para um amigo, profissional da Estratégia de Saúde da Família ou colega de profissão? Por quê?

5 – Quais as principais contribuições do MPSF da RENASF para a sua atividade profissional?

6 - Para você quais as principais contribuições do curso de MPSF da RENASF para as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família?

7 - Você se lembra de alguma experiência significativa vivenciada no seu serviço, proporcionada pela execução de projeto na comunidade desenvolvido como atividade do MPSF da RENASF? Poderia descrevê-la?

8 - Você poderia descrever uma situação onde a articulação entre a produção do conhecimento e a realidade dos serviços de saúde ficou evidente para você?

9 – Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto?

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa "**Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos**", de autoria da pesquisadora Nayara Santos Martins Neiva de Melo, nas dependências da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, que foi instituída mediante acordo de cooperação técnica n° 000010/2010 e é composta pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, coordenadora da rede, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, denominadas nucleadoras da RENASF. A pesquisa será realizada nos Municípios de Natal/RN, São Luís/ MA, Fortaleza/CE e Sobral/CE. As referidas instituições têm condições para o desenvolvimento deste projeto, portanto autorizam e concedem apoio à sua execução.

Natal/RN, 09/09/2013

Georgia Sibele Nogueira da Silva
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFRN

Georgia Sibele Nogueira da Silva
Coordenadora do MPSF / UFRN
Mat.. 1149551

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

Eu, Neiva Francenely Cunha Vieira, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFC, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Federal do Ceará (UFC), situada em Fortaleza – CE, declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 09 de Setembro de 2013.

Prof.ª Neiva Francenely Cunha Vieira
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFC
CPF 112.702.173-72
SIAPE 2166701

FFOE • UFC Diretoria
Profa. Dra. Maria Goretti R. de Queiroz
Diretora FFOE/UFC

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA UECE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, de autoria da pesquisadora Nayara Santos Martins Neiva de Melo, nas dependências da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, que foi instituída mediante acordo de cooperação técnica n° 000010/2010 e é composta pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, coordenadora da rede, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, denominadas nucleadoras da RENASF. A pesquisa será realizada nos Municípios de Natal/RN, São Luís MA, Fortaleza/CE e Sobral/CE. As referidas instituições têm condições para o desenvolvimento deste projeto, portanto autorizam e concedem apoio à sua execução.

Fortaleza/CE, 09/09/2013

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)
Ana Patrícia Pereira Morais
CPF: 457.766.443-72
Matrícula: 6644-1-3
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família - UECE

Mestrado Prof. em Saúde da Família
Coordenação / UECE

ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, de autoria da pesquisadora Nayara Santos Martins Neiva de Melo, nas dependências da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, que foi instituída mediante acordo de cooperação técnica n° 000010/2010 e é composta pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, coordenadora da rede, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, denominadas nucleadoras da RENASF. A pesquisa será realizada nos Municípios de Natal/RN, São Luís/MA, Fortaleza/CE e Sobral/CE. As referidas instituições têm condições para o desenvolvimento deste projeto, portanto autorizam e concedem apoio à sua execução.

São Luís/MA, 09/09/2013.

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Liberata Campos Coimbra
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFMA

Profª Drª Liberata Campos Coimbra
Coord. do Mestrado Profissional
em Saúde da Família
Mat.: UFMA 6389-4

ANEXO E - CARTA DE ANUÊNCIA FIOCRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa "**Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, de autoria da pesquisadora Nayara Santos Martins Neiva de Melo, nas dependências da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, que foi instituída mediante acordo de cooperação técnica nº 000010/2010 e é composta pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, coordenadora da rede, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, denominadas nucleadoras da RENASF. A pesquisa será realizada nos Municípios de Natal/RN, São Luís/MA, Fortaleza/CE e Sobral/CE. As referidas instituições têm condições para o desenvolvimento deste projeto, portanto autorizam e concedem apoio à sua execução.

Fortaleza/CE, 10/09/2013

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/FIOCRUZ
MAT. SIAPE – 1904868 – CPF: 706.219.933-87

FUND. OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ - CEARÁ
Av. Santos Dumont, 5753 - 13º Andar - Sala 1303
Bairro: PAPICU
FORTALEZA - CEARÁ

CEP.: 60.190-800

ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA UVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF

Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste

Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa "**Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, de autoria da pesquisadora Nayara Santos Martins Neiva de Melo, nas dependências da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, que foi instituída mediante acordo de cooperação técnica n° 000010/2010 e é composta pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, coordenadora da rede, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, denominadas nucleadoras da RENASF. A pesquisa será realizada nos Municípios de Natal/RN, São Luís MA, Fortaleza/CE e Sobral/CE. As referidas instituições têm condições para o desenvolvimento deste projeto, portanto autorizam e concedem apoio à sua execução.

Sobral/CE, 29/10/2013

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAU UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Profª Drª. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
DIRETORA

Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Cpf: 396.687.093-53
Matrícula nº: 000507-1-7
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UVA

ANEXO G – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO PARA O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Chamada de Seleção Pública nº 1
Processo Seletivo para o Mestrado Profissional em Saúde da Família

Anexo I
Formulário de Inscrição

I. Dados Pessoais			
Nome:			
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
CPF:			
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino		Estado Civil	
Data Nascimento:	Naturalidade:		UF:
Nome da mãe:			
Endereço Residencial			
Rua:		Nº:	Compl:
Bairro:	Cidade:		UF:
CEP:	Fone Res: ( )		Celular: ( )
Email (usar letra de forma)			
II. Formação Acadêmica – Graduação			
Curso:			Cidade, UF:
Instituição:			Ano de Conclusão:
Iniciação científica: ( ) sim ( ) Não			
Instituição:			
Monitoria: ( ) sim ( ) Não	Disciplina:		
Período:			
Pós Graduação de maior titulação:	( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado		
Instituição/área:			
Duração:		Ano de Conclusão:	
Título do trabalho:			
III. Atividades Profissionais atuais			
Cargo/Função:			
Instituição:			Cidade:
Carga horária semanal:			UF:
Cargo/Função:			
Instituição:			Cidade:
Carga horária semanal			UF:
IV. Indicativo Linha de Pesquisa			
1 - Promoção da Saúde			
2 - Atenção e Gestão do cuidado em saúde			
3 - Educação em Saúde			

Local/Data

_____, ____de _____ de 2011.

_____
Assinatura do Candidato

ANEXO H – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO FIOCRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

Eu, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFRN, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), situada em Fortaleza – CE, declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 10 de setembro de 2013.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/FIOCRUZ
MAT. SIAPE – 1904868 – CPF: 706.219.933-87

FUND. OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ - CEARÁ
Av. Santos Dumont, 5753 - 13º Andar - Sala 1303
Bairro: PAPICU
FORTALEZA - CEARÁ

CEP.: 60.190-800

ANEXO I – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

Eu, Neiva Francenely Cunha Vieira, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFC, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Federal do Ceará (UFC), situada em Fortaleza – CE, declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 09 de Setembro de 2013.

Prof.ª Neiva Francenely Cunha Vieira
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFC
CPF 112.702.173-72
SIAPE 2166701

Profa. Dra. Maria Goretti R. de Queiroz
Diretora FFOE/UFC

FFOE • UFC Diretoria

ANEXO J – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UECE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

Eu, Ana Patrícia Pereira Morais, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UECE, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), situada em Fortaleza– CE declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 11 de setembro de 2013.

Ana Patrícia Pereira Morais

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
Coordenadora do MPSF- Nucleadora UECE

Mestrado Prof. em Saúde da Família
Coordenação / UECE

ANEXO K – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

Eu, Liberata Campos Coimbra, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFMA, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), situada em São Luís – MA declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

São Luís, 10 de setembro de 2013.

Liberata Campos Coimbra
(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Profª Drª Liberata Campos Coimbra
Coord. do Mestrado Profissional
em Saúde da Família
Mat.: UFMA 6389-4

ANEXO L – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

Eu, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UVA, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), situada em Sobral – CE declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Sobral, 12 de setembro de 2013.

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

ANEXO M – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

renasf

Eu, Geórgia Sibele Nogueira da Silva, coordenadora no Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFRN, fiel depositária dos documentos, da base de dados e dos arquivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), situada em Natal – RN declaro que a mestranda Nayara Santos Martins Neiva de Melo, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"Mestrado Profissional em Saúde da Família: O curso sob a perspectiva dos mestrandos"**, sob a orientação do pesquisador professor Doutor Antônio Medeiros Júnior, cujo objetivo geral é "Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família".

Serão utilizados na pesquisa os seguintes documentos institucionais: Formulário preenchido pelos discentes para inscrição no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Natal, 09 de setembro de 2013.

Geórgia Sibele Nogueira da Silva
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFRN

Geórgia Sibele Nogueira da Silva
Coordenadora do MPSF / UFRN
Mat.. 1149551

ANEXO N - PARECER CEP – HUOL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mestrado Profissional em Saúde da Família: O Curso Sob a Perspectiva dos Mestrandos
Pesquisador: Nayara Santos Martins Neiva de Melo
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 22184613.1.0000.5292
Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 455.625
Data da Relatoria: 29/11/2013

Apresentação do Projeto:
É uma pesquisa do Centro de Ciências da Saúda do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste para conclusão do mestrado. Serão entrevistados discentes do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF, das instituições: Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).
Tendo como foco da pesquisa especificamente o curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:
- Apreender os significados atribuídos pelos estudantes à formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de formação em Saúde da Família (RENASF).
- Conhecer a percepção dos mestrandos acerca do curso;
- Identificar na formação dos mestrandos o desenvolvimento de competências e habilidades importantes

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3¿subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

para a sua atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Analisar as principais contribuições do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de formação em Saúde da Família (RENASF) para as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
A pesquisadora cita riscos como o desconfortos aos participantes, o qual atribui ao fato de estar relacionados a exposição do sujeito da pesquisa diante de respostas. A pesquisadora ressalta que não será coletado o nome do entrevistado durante a realização da entrevista nem divulgado nas publicações.
Benefícios:
Sociais pois por permitir a discussão sobre a formação dos profissionais da saúde e a conclusão de pós-graduando no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisa apresenta um projeto bem referenciado e de forma clara.
É uma pesquisa relevante diante dos benefícios citados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresentou os termos obrigatórios corrigidos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Efetuou as correções pendentes.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

Continuação do Parecer: 455.625

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

NATAL, 12 de Novembro de 2013

Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3¿subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br