



Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



**PLANO DE AÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALUNOS DO CURSO
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE – UNASUS/UFMA/PROVAB**

ANA CAROLINA URUÇU REGO FERNANDES

**São Luís
2018**

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes

**PLANO DE AÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALUNOS DO CURSO
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE – UNASUS/UFMA/PROVAB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto

Orientadora:

Prof. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Co orientadora:

Prof^a. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho

São Luis

2018

Uruçu Rego Fernandes, Ana Carolina. PLANO DE AÇÃO COMO INSTRUMENTO DA ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALUNOS DO CURSO ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE - UNASUS/UFMA/PROVAB / Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes. - 2018. 92 f.

Coorientador(a): Judith Rafelle Oliveira Pinho. Orientador(a): Ana Emilia Figueiredo de Oliveira. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Descritores. 3. Educação. I. Figueiredo de Oliveira, Ana Emilia. II. Oliveira Pinho, Judith Rafelle. III. Título.

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes

**PLANO DE AÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALUNOS DO CURSO ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE – UNASUS/UFMA/PROVAB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em ____/____/____.

Professor Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Co Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dra. Elza Bernardes Monier (Examinadora)
Universidade Pitágoras

Prof^a. Dra. Daniele Meira Conde Marques (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^a. Dra. Ana Maria Lima Almeida (Examinador)
Universidade Pitágoras

A Deus, a minha família e aos amigos que me
apoiaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu ânimo e saúde para alcançar mais essa meta em minha vida acadêmica, colocando em meu caminho pessoas que contribuíram de forma efetiva para conclusão desta etapa.

Ao meu marido e meu filho, Leonardo Fernandes e Leonardo Filho, pelo companheirismo, amor, compreensão, paciência e incentivo para o alcance desse sonho.

Aos meus amigos, que sempre estiveram torcendo por mim. Em especial a Elza Bernardes, que me apoiou nos momentos mais difíceis e sempre esteve de prontidão todas as vezes que precisei. Um verdadeiro anjo da guarda!

À Profa. Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira, que me recebeu na UNASUS/UFMA, e me aceitou como sua orientanda me fazendo chegar até aqui. Obrigada professora!

À Profa. Dra. Judith Rafaelle, que me mostrou o caminho para o estudo das Representações Sociais, e me orientou da melhor forma para o entendimento e elaboração deste trabalho. Obrigada Professora!

À Coordenação do Mestrado em Saúde do Adulto e da criança na pessoa da Profa Dra. Maria do Desterro, e ao José na secretária acadêmica que nos atende com toda a cordialidade e disposição.

À minha equipe da coordenação de curso da UNASUS/UFMA, parceiras de sempre. Que sorte a nossa que nossos caminhos se cruzaram!

À toda equipe da UNASUS/UFMA, que foi imprescindível para coleta de todo material para elaboração deste trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), pelo incentivo e apoio financeiro.

À banca examinadora, pela disponibilidade e contribuição para este trabalho.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte desse percurso.

Minha energia é o desafio,
minha motivação é o impossível,
e é por isso que eu preciso
ser, à força e a esmo, inabalável.

Augusto Branco

RESUMO

Introdução- A presente pesquisa objetiva analisar as Representações Sociais através dos trabalhos de conclusão de curso dos alunos do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da UNASUS/UFMA, inseridos no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) nos Estados de Pernambuco, Maranhão, Bahia, Piauí e Tocantins. Trata-se de um estudo sobre as Representações Sociais dos alunos no período de 2012 a 2014. **Metodologia-** Este estudo tem natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio Sistema de Monitoramento Pedagógico Monsys, registrado pelo Instituto Nacional de Produção Industrial - INPI sob o número BR 51 2014 001542-4. A amostra inicial consistia em 764 trabalhos de conclusão de curso - TCC. Após exclusão daqueles que possuíam menos de 3 descritores foram selecionados 719 trabalhos. Objetivando a homogenização dos dados, foi realizada a organização semântica das palavras chave dos Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC, categorizando estas de acordo com o Descritores em Ciências da Saúde - DECS. Dos 719 trabalhos selecionados, resultou a análise prototípica de 2.154 descritores, aqui denominados evocações. **Resultados** – Após análise prototípica feita através programa Openevoc® 0.83 verificou-se que a frequência média das evocações variou de 2,14% – 8,87. Onde na análise geral dos Estados verificou-se uma frequência de evocação maior para Hipertensão (6.55%) , Saúde Bucal (6.04%) e Gravidez (5.66%). **Conclusão** - Notou-se durante a pesquisa a consonância entre as frequências das evocações e os indicadores de saúde dos Estados estudados denotando a acertada escolha pedagógica da UNASUS/UFMA em desenvolver trabalhos de conclusão de curso no formato de planos de ação. Esse estudo sugere através das Representações Sociais dos TCC's dos alunos do Curso Atenção Básica em Saúde que os problemas de saúde mais prevalentes nas áreas estudadas estão relacionados à Hipertensão, Saúde Bucal e Gravidez.

Palavras-chave: Educação. Atenção Primária em Saúde. Descritores

ABSTRACT

Introduction- The present research is about a study about the students' Social Representations from the Specialization Course in Basic Health Care of the Open University of SUS - UNASUS / UFMA, inserted in the Program of Valorization of Basic Care - PROVAB in the period of 2012 to 2014. **Methodology-** This study has a qualitative nature. Data collection was performed through the Monsys Pedagogical Monitoring System, registered by the National Industrial Production Institute - INPI under the number BR 51 2014 001542-4. The initial sample consisted of 764 Course Final Assignments – CFA. After exclusion of those with less than 3 descriptors, 719 studies were selected. In order to homogenize the data, the semantic organization of the key words of Course Final Assignment was carried out, categorizing these according to the Descriptors in Health Sciences - DHS. Of the 719 papers selected, a prototype analysis of 2,154 descriptors, here called evocations, resulted. **Objective -** To analyze the Social Representations through the students' Course Final Assignments of the Specialization Course in Basic Health Care of UNASUS / UFMA, inserted in the Program of Valorization of the Professional of Basic Attention (PROVAB). **Results** -After prototype analysis performed through the Openevoc® 0.83 program it was verified that the mean frequency of evocations ranged from 2.14% - 8.87. In the general analysis of the States there was a higher recall frequency for Hypertension (6.55%), Oral Health (6.04%) and Pregnancy (5.66%). **Conclusion -** During the research, the consonance between the frequencies of evocations and the health indicators of the states studied was noted, indicating the correct pedagogical choice of UNASUS / UFMA to develop course completion papers in the format of action plans. This study suggests through the Social Representations of the students' Course Final Assignments from the Basic Health Care Course that the most prevalent health problems in the areas studied are related to Hypertension, Oral Health and Pregnancy.

Keywords: Education. Primary Health Care. Descriptors

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01:	Síntese das principais características do núcleo central e sistema periférico	20
Figura 02:	Arco de Magerez	46
Figura 03:	Estrutura Curricular do Curso	49
Figura 04:	Delineamento Amostral	59
Quadro 01:	Análise prototípica.	61
Quadro 02:	Representações por Estado – Estado de Pernambuco - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 160). Frequência 4,16 %, ordem 2 e frequência mínima 02.	63
Quadro 03:	Representações por Estado - Estado do Maranhão - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 354). Frequência 4,61 %, ordem 2 e frequência mínima 02.	67
Quadro 04:	Representações por Estado – Estado da Bahia - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 182). Frequência 4,67 %, ordem 2 e frequência mínima 02.	69
Quadro 05:	Representação Geral dos Estados - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 719). Frequência 4,43 %, ordem 2 e frequência mínima 02.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Categorização das Palavras Chave	62
Tabela 02:	Análise Comparativa das Frequências do Nível Central.....	73
Tabela 03:	Análise Comparativa das Frequências do Sistema Periférico.....	79
Tabela 04:	Indicadores anos 2012 a 2015, Estado de Pernambuco....	51
Tabela 05:	Indicadores ano 2012 a 2015, Estado do Maranhão.....	54
Tabela 06:	Indicadores ano 2012 a 2015, Estado da Bahia	56

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
APS	Atenção Primária em Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DEGES	Departamento da Gestão da Educação na Saúde
DNT	Doenças Não Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPI	Instituto Nacional de Produção Industrial
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NV	Nascidos Vivos
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Técnicos em Enfermagem
PROFAPS	Programa de Profissionalização dos Profissionais de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TACS	Técnico Agente Comunitário de Saúde

TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TICS	Tecnologias da Informação e Comunicação
TRS	Teoria da Representações Sociais
UAB	Sistema Universidade Aberta do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Representação sociais.....	18
2.1.1 Operacionalização do Estudo das Representações Sociais	21
2.2. Atenção primária em saúde	24
2.2.1 Histórico da Atenção Primária em Saúde	24
2.2.2 Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB.....	32
2.3 Política Nacional de Educação Permanente	35
2.4 Universidade Aberta do Sus	41
2.4.1 Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde UNASUS.....	41
2.4.2 Universidade Aberta do SUS - UFMA.....	43
2.4.2.1 Cursos de especialização - dimensão pedagógica.....	44
2.4.3 Caracterização dos Estados	50
2.4.3.1 Estado de Pernambuco	50
2.4.3.2 Estado do Maranhão	52
2.4.3.3 Estado da Bahia	55
3. OBJETIVOS	57
3.1 Geral.....	57
3.2 Específicos.....	57
4. METODOLOGIA.....	57
4.1 Tipo de estudo	57
4.2 Período e local de estudo	58
4.3 Unidades de análise.....	58
4.3.1 Instrumento de coleta e avaliação de dados	59
4.3.2 Processamento estatístico	60
4.4 Aspectos éticos	61
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1 Organização Semântica.....	62
5.2. Apresentação e Discussão dos Resultados	63
5.2.1 Representações Sociais – Estado de Pernambuco	63
5.2.2 Representações Sociais – Estado do Maranhão	66

5.2.3 Representações Sociais – Estado da Bahia.....	69
5.3. Análise Geral dos Estados.....	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
8. REFERÊNCIAS	82
9. ANEXO	90

1. INTRODUÇÃO

A Teoria das Representações Sociais - TRS tem sido utilizada de forma ampla em estudos nas áreas da educação e saúde. Esta teoria surgiu a partir do conceito das representações coletivas de Émile Durkheim, sendo adaptada por Serge Moscovici que pretendia através da análise das Representações expressar de forma científica o pensamento coletivo. A observação do coletivo nesta teoria explica os fenômenos sociais, os quais são representados pelo conjunto de crenças, valores, opiniões e atitudes que moldam o pensamento (ALVES-MAZZOTI, 1994). Mais tarde, Jean Claude Abric segmentou as Representações em dois subsistemas: Nível Central e Sistema Periférico (ABRIC, 1994). Ambos compostos pelas frequências das evocações no “corpus” de Representação Social. Evocações são palavras expressas a partir de um disparador, que pode ser uma pergunta, uma situação, um caso ou outro.

O nível central é composto pelas evocações com maior frequência e com maior nível de valoração atribuído – aquelas citadas em primeira ordem. O Sistema Periférico forma-se a partir das demais evocações citadas em 2ª, 3ª e 4ª ordens.

Para análise estatística, Pierre Vergés propôs a organização das Representações através de quatro quadrantes – quadro de quatro casas (VERGES, 2001). Neste quadro organiza-se as frequências das evocações em quadro níveis. O primeiro nível – 1º quadrante – compõem o nível central e os demais o sistema periférico, este por sua vez, estrutura e dá sentido ao nível central.

Esta pesquisa tem natureza qualitativa e foi realizada na Universidade Aberta do SUS – UNASUS/UFMA. O objeto deste estudo foram os trabalhos de conclusão de curso – TCC da Especialização Atenção Básica em Saúde produzidos pelos alunos do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB no período de 2012 a 2014. A análise dos resultados traz consigo uma série de reflexões a respeito do contexto da atenção básica. Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais - TRS neste estudo por esta se caracterizar através da expressão do coletivo, funcionando como um sistema de interpretação da realidade, e assim, adequando-se aos objetivos a serem alcançados ao final da pesquisa. Os problemas do território identificados na ótica dos alunos, aqui neste trabalho traduzidos através das evocações, e a análise da frequência as quais estas aparecem no corpus da Representação, nos possibilita

refletir e compreender o contexto de saúde vivido nos territórios, fator de grande relevância para a análise das condições de saúde nesses Estados.

Este estudo torna-se inovador pois utilizou para análise das Representações Sociais descritores dos TCC's de um curso de especialização na modalidade à distância. Trazendo através de suas análises novas possibilidades para o estudo das Representações Sociais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Representações Sociais

Sempre necessitamos saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca. É necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física e intelectualmente, identificar e resolver problemas que ele põe. Eis por que construímos representações (ALVES-MAZZOTTI, 1994; JODELET; MOSCOVICI, 1989).

O termo Representação Social foi proposto por Serge Moscovici em 1961, a partir de um estudo sobre a Representação Social da Psicanálise para designar os fenômenos e processos relativos ao conhecimento do senso comum, até então entendida como uma forma de conhecimento “desarticulada, fragmentada e pré-lógica” sem conhecimento científico envolvido (ALMEIDA et al., 2000), tendo como ponto de partida o conceito de “representações coletivas” de Émile Durkheim (FERREIRA; BRUM, 2000). À época, Moscovici buscava redefinir o campo da Psicologia Social, partindo de algo que representasse a realidade e seu poder de construção, enfatizando que “era necessário verificar em que medida as Representações moldam os comportamentos e as relações” (JODELET E MOSCOVICI, 1989).

Para Ferreira e Brum (2000), na teoria moscoviciano o aprendizado acontece de forma natural, onde o meio interfere sensivelmente nas percepções e conclusões sobre o mundo. Nesta visão as representações não são apenas individuais, mas de um coletivo que ressignifica um objeto. Isso possibilita transpor a noção do campo da análise individual para o campo da análise social e coletiva, procurando a articulação cotidiana dos conhecimentos, analisando a representatividade dos elementos em um grupo, e trazendo consigo o contexto real vivido (HENRIQUE et al., 2011). Desse modo, Moscovici reconfigurou o conceito de representações coletivas de Emile Durkheim, passando a Teoria das Representações Sociais – TRS a preocupar-se com a subjetividade, buscando compreender os significados criados pelos homens acerca do mundo e de si mesmos; dos processos os quais estão inseridos, e do saber científico que se enraíza na consciência de indivíduos e grupos e desta forma, organizar conhecimentos e ideias a respeito de uma determinada realidade (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000). De acordo com Abric (2001), os comportamentos e relações entre os homens são explicadas através da forma como

eles são representados e “à medida que as relações entre indivíduo e sociedade acontecem, as opiniões e as atitudes são “uma preparação para a ação”, isso orienta comportamentos e produz uma rede de relações entre os indivíduos do grupo e o objeto (ALVES-MAZZOTTI, 2008);

...As múltiplas decisões que levam ao consenso, fazem mais do que aproximar os pontos de vista; eles iniciam vínculos sociais ou os reforçam [...] produzem um efeito de massa através da rede de grupos que escolhem, discutem, criam e recriam os laços de nossa sociedade através de uma ação comum, assim como a opinião pública nasceu nos mercados, em cafés ou em conversas de salões (MOSCOVICI, 1993).

A observação do coletivo nesta teoria explica os fenômenos sociais. Na perspectiva de Rummler (2007) uma representação social é “um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, que constituem um sistema sociocognitivo particular”. Este sistema seria formado por dois subsistemas que interagem; um Núcleo Central (núcleo central) e um Sistema Periférico (ABRIC, 2001).

A noção de Núcleo Central das Representações Sociais foi apresentada por Jean Claude Abric, o qual conceitua Núcleo Central como aquele que é marcado pela memória coletiva constituindo “a base comum e consensual, estável e coerente, além de resistente à mudança”. Este núcleo tem a função de gerar significado à representação, além de organizar os elementos, já os sistemas periféricos constituídos pelos demais elementos trazem heterogeneidade ao grupo, além de sensibilidade ao contexto imediato (SÁ, 1996). Uma síntese das principais características do núcleo central e sistema periférico pode ser visualizado na figura 1 abaixo.

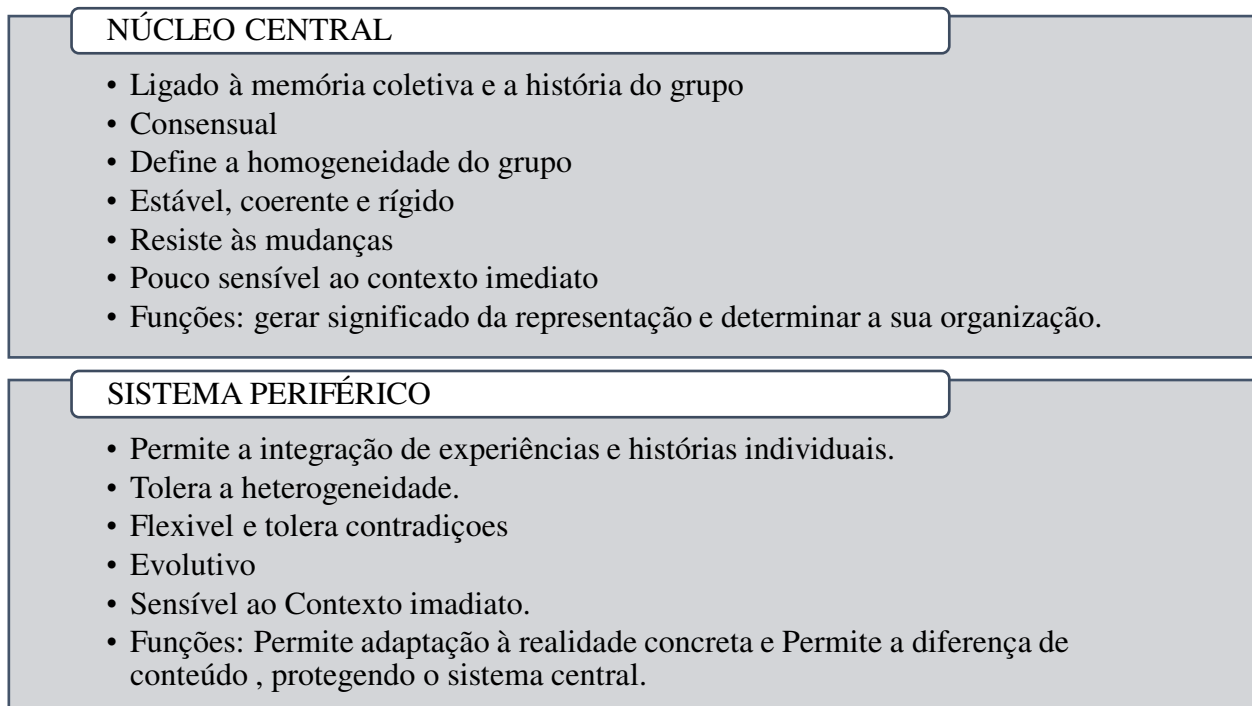


Figura 1: Síntese das principais características do núcleo central e sistema periférico.

Fonte: ABRIC, 2000

A representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o ambiente físico e social, moldando seus comportamentos ou práticas, colaborando não só para a compreensão dos problemas sociais da atualidade, mas também para intervenções que contribuam com uma solução (JODELET E MAZZOTTI, 1989).

Para melhor compreensão da estrutura de uma representação social, faz-se importante conhecer a constituição de seus dois principais sistemas: o Núcleo Central e os Sistemas Periféricos. Alguns estudos identificam o núcleo central através da alta frequência na evocação de um grupo de palavras. Este tem como função principal gerar o significado das Representações Sociais, sendo o determinante da organização do núcleo (FERREIRA; BRUM, 2000; WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016). Já o Sistema Periférico é identificado através das demais palavras evocadas, tendo estas uma maior variedade (PEREIRA, 2014).

O estudo das Representações Sociais possui uma variedade de abordagens, que se deve aos inúmeros campos que este tipo de estudo se aplica, e além disso, não há uma metodologia única e imutável para o estudo das TRS (ALVES-MAZZOTTI, 1994).

Estudar Representações Sociais é buscar conhecer o modo como um grupo social produz conhecimentos em um dado contexto social, econômico, e de saúde em um determinado período (GOMES et al., 2011a). Estes estudos podem auxiliar na compreensão do contexto saúde/doença de uma determinada população, território ou grupo podendo indicar caminhos para a melhoria nas ações e políticas públicas de saúde.

2.1.1 Operacionalização do Estudo das Representações Sociais

O estudo das Representações Sociais constitui-se atualmente em uma tradição de pesquisa diversificada e em plena evolução, permitindo a interlocução entre várias áreas dentro da psicologia social, ciências sociais e humanas (OLIVEIRA, 2005).

A flexibilidade metodológica deste tipo de estudo tem sido importante, tanto no que se refere à escolha das técnicas de coleta e de análise de dados, quanto ao que se pode obter a partir delas (DA SILVA et al., 2017). Esse tipo de pesquisa utiliza métodos que vão desde a observação do participante, estudos de campo, entrevistas, grupos focais, técnicas de associação livre de palavras, inquéritos por questionário, análise de documentos e de discursos até pesquisas de laboratório e em território (CABECINHAS, 2009).

No campo da educação as Representações Sociais têm assumido um lugar importante por sua característica plurimetodológica e pela análise do contexto social de grupos, sendo a prática pedagógica um campo de diferentes representações pois traz consigo a prática nas dimensões sociais, cognitivas e afetivas (CRUSOÉ, 2004). Muitos trabalhos foram desenvolvidos nesta área com foco voltado ao campo da saúde e educação, tendo como principais autores a exemplo “Jodelet (1989); Herzlich (1991); Sevalho (1993) e outros”, passando ao longo do tempo essas produções a agregarem conhecimento e compreensão do contexto das Representações Sociais, trazendo uma maior dimensão no que diz respeito ao assunto (PAULA et al., 2017). Uma Representação Social existe devido à conformação de significados atribuídos ao objeto estudado [...] ela é sempre a representação de um objeto e de um sujeito, “tendo as características do sujeito e do objeto incidência sobre o quê a representação representa” (JODELET E MAZZOTTI, 1989).

Para estruturação de uma Representação Social são necessários alguns cruzamentos. O primeiro entre as frequências das palavras associadas ao objeto da representação e suas ordens de evocação. Este cruzamento definirá o núcleo central e os sistemas periféricos da representação. O segundo para a estruturação, consiste na organização prototípica dos dados, no qual o banco de dados será submetido a um método de análise (VERGÈS, 1992).

Essa estruturação produzirá uma matriz de semelhança, que parte de um modelo escolhido, então constrói-se um modelo a partir da análise lexicográfica ou prototípica. Esses modelos de análise combinatória tem sido utilizados na matemática, informática, engenharia e indústria (FEOFILOFF et al., 2011). Nas tabelas de análise prototípica, consegue-se analisar as ligações entre as categorias e estabelecer as evocações pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico da representação estudada (PEREIRA, 2014).

A distinção entre elementos centrais e elementos periféricos é o começo de organização das Representações Sociais [...] a suposição básica é de que há uma relação mínima entre esses elementos (VERGÈS, 2001). Para tal, o agrupamento de termos para alcançar a organização dos elementos de uma Representação ainda é possível com um método de classificações espontâneas de um conjunto de termos. Isso dá origem ao cálculo do índice de similaridade. O conjunto de valores calculados em todos os pares dos termos da lista é apresentado na forma de uma matriz de similaridade que pode ser processada pela análise de semelhança para gerar um gráfico (VERGÈS, 2001).

Diferentes estudos na área de saúde e educação buscam nas Representações Sociais o entendimento de contextos sociais em comunidades e grupos, por meio de elementos trazidos por esta teoria, objetivando a análise do contexto social através da linguística (DUARTE et al., 2009).

Desta forma, observa-se que o uso desta teoria busca primeiramente compreender a inter-relação entre científico e empírico, a fim de demonstrar o contexto social do objeto estudado.

Ao tratar das Representações Sociais enquanto formas de conhecimento faz-se importante refletir sobre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum, o empírico, que pressupõem a desconstrução da retórica da verdade intrínseca da revolução científica na sustentação dos contextos do saber (PAULA et al., 2017).

Um estudo de Raudsepp (2005) analisa os pontos críticos em relação à TRS, e coloca que o “individualismo metodológico iniciou uma análise isolada, experiencialmente autônoma que tentou construir uma socialidade como resultado da interação entre esses indivíduos”, porém ao contrário, as representações tem uma perspectiva maior, de análise coletiva, portanto um ponto de partida diferente, onde a sociedade forma um sistema de relações sociais, no qual como afirma Jodelet e Mazotti (1989) toma um lugar de “construção” onde o sujeito e o objeto terão incidência constante na conformação da representação.

Algumas escolas como a de Psicologia Britânica criticou a TRS especificamente por alegar “um excesso” de influência social, justificando que isso por vezes pode negligenciar a capacidade humana de flexibilidade. Porém a mesma afirmou que a teoria indica um avivamento da noção de “mente grupal”(VOELKLEIN E HOWARTH, 2005).

Um outro estudo analisou através de citações e abordagem bibliométrica 3.408 artigos de pesquisa empírica, baseados na TRS, a conclusão do estudo foi a observação de um crescente aumento de pesquisas na área de ciências da saúde com foco em Representações Sociais (RUMMLER, 2007).

Desta forma, é possível perceber o quanto abrangente a TRS se tornou e o quanto tem sido usada para pesquisas no campo da saúde.

A teoria das Representações Sociais é construída sobre um rico conjunto de pressupostos [...] o reconhecimento explícito dos pressupostos das Representações Sociais no emprego e nas práticas profissionais, como educação, política e saúde, permite uma contribuição única para as ciências sociais e humanas (MARKOVÁ, 2017).

O campo das Representações Sociais é tradicionalmente plurimetodológico, comportando diversos tipos de estudos e abordagens conforme acima citado. A escolha da Teoria das Representações Sociais para o desenvolvimento deste trabalho foi por entender que somente um método que possibilite confrontar o empírico e o científico seria capaz de traduzir a realidade dos processos de saúde e doença vividos nos territórios e descritos através dos TCC's .

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

2.2.1 Histórico da Atenção Primária em Saúde

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, organizada pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, definiu a Atenção Primária em Saúde - APS como *“cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente comprovados, socialmente aceitáveis e universalmente acessíveis na comunidade”*, com total participação desta e com custo suportável, à medida que os países desenvolvessem autonomia e autodeterminação (*“Declaração-Alma-Ata.pdf”*, 1978). Dessa definição surgiram elementos essenciais à APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, imunização, planejamento familiar; a prevenção de endemias, provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes e valorização das práticas complementares. Essa conferência apontou a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2015a).

No Brasil, dez anos após a conferência da Alma Ata, em 1988, no art. 196 da Constituição Federal este direito passa a ser legítimo, e descreve:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 promoveu avanços e progressos inquestionáveis no campo da saúde, dentre eles pode-se destacar a mudança de concepção de saúde; o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a mudança na forma de organização do Sistema - com destaque para a descentralização, responsabilizando cada esfera de governo; a ênfase na lógica preventiva e a participação da comunidade como orientadora e controladora do sistema (SCATENA E TANAKA, 2001). Porém no período anterior à Constituição de 88, já existiram algumas iniciativas em prol da atenção à saúde pública, a exemplo: Os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (1924), a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (anos 40), o desenvolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde (anos 60) - onde as ações eram voltadas apenas

para a atenção médica em um modelo dirigido especialmente a área materno-infantil e doenças infecciosas (tuberculose e hanseníase)(MACIEL FILHO, 2007).

À época essas ações eram denominadas programas de saúde pública. Em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) alcançou abrangência nacional, contudo no início dos anos 80, houve a uma grave crise da Previdência Social o que ocasionou à extinção do PIASS e propiciou à criação das Ações Integradas de Saúde - AIS, estas levaram para as unidades de saúde parte da cultura de atenção médica do INAMPS (VASCONCELOS, 1993).

Dois anos antes da promulgação da constituição de 88, acontecia a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) estruturada nos eixos saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor saúde, representando um marco na saúde brasileira, principalmente para a saúde coletiva. Este evento possibilitou uma visão global das necessidades de saúde das pessoas, trazendo uma visão mais clara sobre o processo de saúde e doença (BRASIL, 1986). O relatório final da conferência enfatizava a necessidade da saúde ser vista como fruto de um “conjunto de condições de vida que vão além do setor saúde”. Uma incitação ao entendimento sobre fatores condicionantes da saúde como parte integrante do processo saúde/doença, reconhecendo-a como responsabilidade pública e dever do Estado, *“justificando a necessidade de centrar forças para a promoção, proteção e recuperação e reabilitação da saúde, admitindo assim, a saúde como um direito de bem estar social”* (PAIM, 2008).

Um ano após a 8ª Conferência surge a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) idealizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual tinha a proposta de universalizar a assistência que até então beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal com “carteira assinada”(SOUZA, 2002).

Em 1990 é sancionada a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990, a qual regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isoladamente ou conjuntamente, abrangendo pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Essa lei trouxe em seus primeiros artigos pontos já discutidos na 8ª Conferência de Saúde (1986), a exemplo, a saúde como direito inerente à cidadania, onde nela cita: *“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”* e prossegue citando em

outros artigos o dever do Estado em garantir a saúde, reformulando e executando “políticas econômicas e sociais que busquem reduzir a incidência de doenças e que assegurem o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A Lei 8080/90 denota em seu escopo a ampliação do conceito de saúde, onde esta deixa de ser unicamente a ausência de doenças, passando ser um conjunto complexo de fatores determinantes e condicionantes sociais. Com essa lei regulamentou-se o SUS, todavia o processo de descentralização mais concreto iniciou-se com a promulgação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992, 1993 e 1996 (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Após a instituição das NOB's, grande parcela dos municípios brasileiros assumiram, de fato, “a responsabilidade pela estruturação e gestão de seus sistemas municipais de saúde”(SCATENA E TANAKA, 2001). Em específico, a NOB/96 representou grande mudança no tocante à efetivação da municipalização da saúde, pois nela reordenava-se o modelo de assistência à saúde, passando os municípios a serem responsáveis imediatos pela gestão das “demandas de saúde e das exigências de intervenções saneadoras em seus territórios”, definindo assim o papel de cada ente federativo (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Este fato gerou uma enorme expansão dos cuidados primários em saúde, assim citado:

A NOB 01/96, editada pelo Ministro da Saúde, em 06/11/96, pretende dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, colocando como finalidade primordial “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da união”(BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

A determinação dos blocos de transferência de recursos fundo a fundo para a assistência ambulatorial, hospitalar e para atenção básica, a exemplo do programa saúde da família - PSF e programa de agentes comunitários de saúde –PACS foi outra importante definição trazida por esta norma (GIRADE, 2010). Desta forma, podemos dizer que se a Constituição de 1988 definiu os princípios básicos do Sistema Único de Saúde e as Normas Operacionais Básicas estruturam seu arcabouço, definindo objetivos, atribuições, competências, financiamento, controle social e participação do setor privado” (BRASIL, 1996; SCATENA E TANAKA, 2001).

O intenso processo de descentralização e municipalização induzido pelas Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96 não foi capaz de atender a todas as

necessidades específicas do momento de implantação do SUS. Então em 2001 surgem as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01, as quais reconheciam a “regionalização em saúde como processo fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade, acesso e integralidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2001a).

Nesse período surge o Programa Saúde da Família - PSF (1994), fundamentado em experiências municipais que já estavam em andamento no país, e com proposta para reestruturação do sistema de saúde, “organizando e substituindo os modelos tradicionais existentes e efetivando a atenção básica em saúde” (LEITE E VELOSO, 2009). A indignação da população pela falta de acesso ao sistema de saúde a época foi um fator propulsor para o surgimento do PSF. Quando os serviços de saúde continuavam precários onde em cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico, criou-se este programa (ROSA E LABATE, 2005). O que proporcionou a origem do Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS em 1991 (GIRADE, 2010).

O PSF iniciou no Brasil em 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (BARROS, 2014). O documento do Ministério da Saúde intitulado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, traz em seu texto:

A estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (GOMES et al., 2011b).

Assim, o PSF implementou os princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade e participação social, sendo estruturado para proporcionar a reorganização da atenção básica, contribuindo para a reorientação do sistema, promovendo aspectos relevantes como territorialização, adscrição de clientela, criação de vínculo entre equipe e usuário e aumento da oferta de serviços de saúde (BRASIL. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000). Em 2011, o PSF passa a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF) através do estabelecimento da Portaria

2.488/2011 que normalizava e estabelecia diretrizes e normas para a organização da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – 2012 (BRASIL. POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

A PNAB (2012) garantiu diretrizes e normas para o funcionamento das ESF's e adscrição nos territórios, assim como seu financiamento pelo orçamento do Ministério da Saúde, abrangendo diversos programas de trabalho, exemplo:

- Piso de Atenção Básica Variável-Saúde da Família;
- Piso de Atenção Básica Fixo;
- Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;
- Atenção à Saúde Bucal;
- Construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS);

Esta política determinou ainda responsabilidades a cada esfera de governo para reorientação do modelo de atenção e de gestão, apoiando e estimulando a adoção das equipes pelos serviços municipais de saúde, dando como prioridade a “expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2012). O texto da PNAB (2012) conceitua uma Atenção Básica com capilaridade suficiente para resolver a maioria dos problemas de saúde referentes ao primeiro cuidado, a assim cita:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Estabelece ainda as especificidades das ESF's, como número de pessoas a ser atendida e a carga horária a ser cumprida. Dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS – SAGE apontam que a cobertura populacional da ESF foi crescente no Brasil desde o ano 2002 onde apresentava cobertura de 31,93%, passando a 60,42% em 2016.

Após cinco anos da publicação da PNAB 2012 e diante de um cenário necessário de reestruturação, foi aprovada no dia 31 de agosto de 2017 a nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB - 2017 (ESCURI et al., 2017). A nova política foi regulamentada um mês após sua publicação, através da portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Nela são estabelecidas novas diretrizes e normas. Dentre as diversas mudanças, trouxe uma conceitual em relação à nomenclatura atenção

básica ou atenção primária, motivo de discussão entre teóricos da saúde, por conta das diferenças conceituais existentes entre os termos.

As variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela história da mesma de como se gestou e evoluiu este conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário. (MENDES, 2015).

Desta forma, no intuito de esclarecer que no Brasil ambas nomenclaturas são equivalentes, determinou-se:

“os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, são considerados termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas no documento” (BRASIL, 2017).

Logo a PNAB (2017), redefiniu a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde como:

“um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, sendo esta classificada como principal porta de entrada e centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Decreto 7.508 de 2011 regulamentou a Lei 8.080/90 (Lei orgânica de saúde) trazendo em seu texto uma nova organização da saúde, as redes de atenção à saúde, onde foram definidos quatro serviços como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção do SUS: Atenção Primária; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; e Especiais de Acesso Aberto (BRASIL, 2011). O texto da nova PNAB retoma a necessidade de organização da saúde através das redes de atenção e reforça o papel da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado. Sendo este papel reconfigurado à medida que o SUS cresce e se capilariza no país. Atualmente segundo dados do Departamento Nacional de Atenção Básica – DAB, o Brasil apresenta cobertura de 75,53% de atenção básica, abrangendo uma população de 156.853.251 de pessoas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A APS é capaz de resolver entre 75% e 85% dos problemas de saúde. Logo em uma população geral durante um período do ano, apenas os serviços de atenção primária seriam os mais necessários, apenas 10 a 12% da proporção restante

necessitaria de referência para o cuidado secundário com consulta de curto prazo por exemplo. (STARFIELD, 1994).

Porém para que isso aconteça são necessários que os atributos da atenção básica sejam operacionalizados; garantido o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural (MENDES, 2015).

Para atingir a capacidade resolutiva, cumprindo os atributos necessários a um serviço de qualidade, deve-se buscar o alcance de diretrizes como o trabalho em equipe interdisciplinar, responsabilidade sanitária por um território, construção de vínculo entre equipe e usuários, abordagem do sujeito e da família em seu contexto, ampliação do cuidado e articulação com a rede de serviços de saúde de modo a assegurar o apoio e ampliação da capacidade resolutiva dos problemas de saúde.

Para alcançar os atributos e diretrizes necessários à qualificação da APS, há uma tangente necessidade de construção de “uma rede dinâmica de apoio com outras redes a fim de alcançar a máxima de resolutividade” (CAMPOS et al., 2002).

Um dos atributos mais importantes para o alcance de um serviço de qualidade na atenção primária é a abordagem da família, onde;

“...O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes, mas ajuda a isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias, sendo provável que a família se torne ainda mais importante conforme o conhecimento a respeito da genética, isso aumenta as possibilidades tanto de prevenção quanto de manejo (STARFIELD, 1994).

Desta forma, o Programa de Atenção à Saúde da Família (PSF) instituído em 1994, e atualmente Estratégia de Saúde da Família portaria 2.436/2017 tem como um de seus atributos a abordagem do sujeito e da família objetivando o alcance de maior capacidade resolutiva da APS.

Ao contrário de outros países de primeiro mundo o Brasil vive o advento da tripla carga de doenças, marcado pela prevalência das doenças crônicas, pela incidência de condições agudas e pela existência das doenças infecciosas e parasitárias (VASCONCELOS, 1993). Além disso, vivemos os eventos de transição epidemiológica e demográfica evidentes em países em desenvolvimento nos quais a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade

infantil, resultam em uma transformação da pirâmide etária da população, típica de sociedades em envelhecimento (MENDES, 2012).

O país tem tido êxito na redução da mortalidade precoce, e a proporção de mortes ocorridas antes dos 20 anos de idade passou de 12,2% em 2000 para 7,4% em 2010 (DUARTE E BARRETO, 2012). Nesta mesma década, o risco de morrer no primeiro ano de vida caiu de 26,6 para 16,2 por 1.000 nascidos vivos (NV). Tal fato incide no aumento da população idosa, o que significa uma curva crescente para as condições crônicas de saúde.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD (2008) demonstrou que à medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 anos ou mais relataram ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; IBGE; MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010). Além disso, a tripla carga de doenças representada através das doenças infecciosas e carenciais e o adoecimento por causas externas, constituem-se nos principais fatores a impulsionar investimento no nível primário de atenção à saúde (DUARTE E BARRETO, 2012).

Prospectivamente o cenário epidemiológico no Brasil aponta que nas próximas duas décadas haverá uma continuidade na morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, prevalecendo a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, apesar de uma tendência de redução, além disso, as neoplasias bastante influenciadas pelo envelhecimento da população, têm uma tendência de crescimento consistente até 2033, praticamente dobrando, de 10,5% do total de mortes em 1980 para 19,8% no ano de 2033 (CHIORO et al., 2015).

Desse modo, a Estratégia Saúde da Família encontra-se em um espaço privilegiado para a promoção da saúde, prevenção de condições crônicas e manejo de condições estabelecidas, contribuindo para organização das redes de atenção à saúde e consequentemente redução das taxas de morbimortalidade por doenças crônicas (MENDES, 2012).

2.2.2 Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB

A primeira iniciativa do governo brasileiro para projetos de interiorização ocorreu com a instituição do Projeto Rondon - Decreto nº 62.927/1968. Este foi o primeiro grande programa de extensão universitária de abrangência nacional, tendo como finalidade *“promover estágios de serviço para estudantes universitários durante o período de férias escolares, objetivando conduzir a juventude a participar do processo de integração nacional”* (BRASIL. DECRETO N.62.927, 1968). Em 1976, surge outra tentativa do governo para melhoria da assistência à saúde da população, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) com período estipulado em portaria entre os anos de 1980 e 1985, visou implantar e operar as unidades sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integradas à saúde em municípios de até 20 mil habitantes, além de instalar e operar sistema de abastecimento de água e esgoto para povoados, vilas e cidades de pequeno porte (BRASIL, 1979).

O PIASS, priorizava a região nordeste, com perspectivas de expansão para norte e centro oeste com ênfase nas áreas de maior vulnerabilidade, e tinha como uma de suas diretrizes a utilização de pessoal auxiliar com ênfase em prevenção e controle de doenças transmissíveis.

Em 1978, ainda durante o governo militar, foram criados dois novos projetos com objetivo de interiorização: O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). O PISUS foi estruturado em [...] "Unidades de Pronto Atendimento"; "Interiorização do Médico"; "Interiorização do Enfermeiro" e "Agente Comunitário de Saúde". A meta do subprograma de "Interiorização do Médico" consistia na fixação de pelo menos um médico, com residência no respectivo município participante do programa (MACIEL FILHO, 2007).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980 trouxe consigo a recorrente necessidade de discussão sobre a ampliação dos serviços de saúde através dos “serviços básicos”, e definiu que esses serviços seriam o “núcleo axial e ordenador” para ampliação das ações. A partir daí surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE, o qual orientaria todos os demais programas e atividades do Ministério. O PIASS passou a ser caracterizado como “fase inicial” do PREVSAÚDE (MACIEL FILHO, 2007). O projeto tinha como objetivos a

regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema, todavia após debate público e encaminhamento à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, foi extinto (VASCONCELOS, 1993). Então após alguns anos surge uma nova iniciativa do governo para ampliação dos serviços de saúde nos municípios brasileiros, Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS, criado através do decreto 3745/ 2001. Este incentivava a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários (BRASIL. DECRETO 3.745, 2001). Além disso o programa tinha como objetivo impulsionar a expansão do PSF, já instituído desde 1994. Como estímulo para implantação do PITS a Portaria nº 1069 de 18 de julho de 2001, estabeleceu incentivo financeiro para cada equipe implantada e incentivo a assistência farmacêutica.

Com as eleições presidenciais de outubro de 2002 o PITS tornou-se objeto de análise por parte da nova equipe ministerial, o programa passou por avaliação a qual indicou a necessidade de reformulação. O objetivo era integrá-lo a atenção básica, desencadeando uma transição para os sistemas municipais de saúde, assegurando a permanência das equipes nos municípios até a implantação e ampliação do PSF. Em julho de 2004, o PITS foi declarado encerrado (MACIEL FILHO, 2007).

As iniciativas de interiorização de profissionais de saúde por parte do Governo partem de longas datas, desde 1968 com o Projeto Rodon, passando por projetos como PIASS, PITS, PREVSAÚDE, Programa de Saúde Bucal, Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família, além dos Programas de Provimentos como: Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB e Mais Médicos para o Brasil (ARAÚJO et al., 2017; MACIEL FILHO, 2007).

No tocante ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB, o qual foi instituído em 2011, pela portaria interministerial nº 2087, de 1º de setembro de 2011, faz-se importante salientar que sua elaboração foi com base no Plano Brasil Sem Miséria, devido à necessidade prioritária do Ministério da Saúde em garantir o acesso a uma atenção à saúde de qualidade, execução de ações e serviços em áreas de difícil acesso e de populações de maior vulnerabilidade, além do aperfeiçoamento e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica (OLIVEIRA et al., 2015). A portaria também considerou a necessidade da participação

e colaboração efetiva dos municípios no processo de provimento e fixação de profissionais de saúde em seus limites territoriais; e instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS a oferecer o curso de especialização em Saúde da Família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) (CAMPOS et al., 2002).

Este programa objetivava, ainda, estimular e valorizar os profissionais de saúde que atuavam em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, contemplando as categorias profissionais médico, enfermeiro e cirurgião-dentista (ARAÚJO et al., 2017).

Durante as negociações para a elaboração do PROVAB, em 2011, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGETS/MS e as instituições parceiras optaram por destacar como principal problema a ser enfrentado a baixa fixação de profissionais médicos em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. Este passou a ser o problema escolhido para embasar os objetivos estratégicos presentes no PROVAB (OLIVEIRA et al., 2015).

Mesmo após implantação do programa, o Brasil em 2015 ainda contava com uma taxa *per capita* de profissionais médicos, enfermeiros e dentistas bem pequena, com ênfase no profissional médico que apresentou “razão de 1,95 médicos por 1.000 habitantes no país, o qual desses, 80% nas regiões Sudeste e Sul, 17% na região Nordeste e apenas 1% na região Norte” (MACIEL FILHO, 2007). A exemplo, os Estados do Nordeste em 2015 apresentaram razão de taxa no Maranhão (0,79/1.000); Ceará (1,26/1.000); Bahia (1,25/1.000); Alagoas (1,28/1.000); Paraíba (1,51/1.000); Pernambuco (1,64/1.000); Piauí (1,17/1.000); Rio Grande do Norte (1,50/1.000); Sergipe (1,54/1.000). Este fato justifica a destinação do programa aos municípios considerados de “difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade” (SCHEFFER M. et al., 2015). No decorrer dos anos percebeu-se as dificuldades em fixar esses profissionais nos territórios mais longínquos.

A alta instabilidade fiscal dos orçamentos municipais e os vínculos precários de contratação, a concentração territorial de escolas médicas e de vagas de residência médica, as más condições de trabalho e de vida para si e familiares e o isolamento profissional, com menores chances de especialização e de avanço na carreira [...] têm contribuído para a dificuldade de fixar médicos e levado à alta rotatividade desses profissionais em várias localidades, prejudicando a consolidação de um modelo de atenção que siga as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para uma Atenção Básica à Saúde

resolutiva e de qualidade, calçada na longitudinalidade do cuidado (ARAÚJO et al., 2017).

Mesmo com as dificuldades de fixação dos profissionais, o PROVAB possibilitou a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, pois as atividades de educação permanente presenciais e as à distância propiciadas por meio da Universidade Aberta do SUS destinaram-se a esse objetivo. As atividades educacionais inseridas no programa tiveram o intuito de fomentar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes tendo como eixo norteador a qualidade da atenção à saúde prestada à população (OLIVEIRA et al., 2015).

O PROVAB teve efeito positivo sob a cobertura da atenção básica no país, porém não foi suficiente por exemplo à atender ao provimento de médicos, então em 2013 como estopim houve um forte movimento denominado “cadê o médico”, capitaneado por prefeitos eleitos nas eleições de 2012. O movimento pressionava o governo para que este tomasse medidas para o enfrentamento da falta deste profissional no Brasil (BRASIL, 2015). Logo surge o Programa Mais Médicos, no qual reformulou-se o processo seletivo e instituiu-se processo de transferência do PROVAB para o Mais Médicos (ARAÚJO et al., 2017).

2.3 Política nacional de educação permanente

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata na antiga União Soviética trouxe o entendimento e a urgência em compreender a atenção à saúde como primeira necessidade. Na ocasião foi exposto a imprescindibilidade dos governos, trabalhadores da saúde e todos os povos do mundo a voltarem a atenção para a prevenção e promoção da saúde (“Declaração-Alma-Ata.pdf”, 1978).

Uma discussão importante a época foi a necessidade de compreensão da saúde como direito humano, ampliando o assim conceito de saúde. Na ocasião foi estipulado meta até o ano 2000 para o alcance de “*um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva*”. A Conferência colocou os cuidados primários como chave para o alcance desta meta, salientando sobre a necessidade de educação para a promoção de saúde. Um reconhecimento prudente e necessário para as ações de promoção e prevenção e para a reorganização das práticas em saúde que viriam nos anos a seguir.

Com a Constituição de 88 o Estado assume o papel de intendente da saúde da população brasileira, citando no Art. 198 e Art. 200 seção II:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...] I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade”; Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei [...] III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988).

Tendo como base o texto supracitado, a constituição traz em sua escrita critérios que subsidiam leis e normas sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, detalhando sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e sobre a formação de recursos humanos na área (MORAES E DYTZ, 2015). Com todas as normativas e leis decretadas nos anos que seguiram à Constituição de 1988, as políticas de saúde no Brasil precisariam de adequações e ampliações de modo a atender a todo o território nacional de forma igualitária e universal, com caráter de prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

A partir daí, e com a publicação da Lei 8080/90, mais tarde regulamentada pelo decreto 7508/2011, definiu-se a organização do Sistema Único de Saúde de modo a prever o planejamento, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, trazendo consigo a ampliação do escopo de ação do sistema que anteriormente centrava-se unicamente nas questões sanitárias (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; BRASIL, 2011).

Além das leis e normativas supracitadas, outro fator que contribuiu para aumento da necessidade de formação no SUS e favoreceu de forma sensível à capilarização da atenção à saúde no território nacional foi a publicação da Norma Operacional 96 , pois esta descentralizou os serviços de atenção básica e o financiamento da saúde, municipalizando e capilarizando os serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2009).

Muitos outros fatores contribuíram para o aumento na demanda de formação no SUS, a exemplo, a ampliação de profissionais atuando em diversos programas ministeriais e interministeriais lançados ao longo de décadas, como: Programas Agentes Comunitários de Saúde – PACS (1993), Saúde da Família – PSF (1994) e

Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2011) (GIRADE, 2010; MACIEL FILHO, 2007).

Apesar de todos os programas em andamento no país, somente em 2003 o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a qual assume a responsabilidade na formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (LEMOS, 2016).

Diante do cenário de franco aumento da cobertura de atenção básica no país, e da necessidade de formação, além de articulação entre ensino e serviço, surge através da portaria 198/GM de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde -PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores (“Portaria GM/MS 198”, 2004). Esta considerou para sua publicação a consolidação da reforma sanitária brasileira por meio da descentralização da gestão e da participação popular no SUS, assim como a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde, item citado no art. 200 da constituição de 1988.

Considerou ainda, a necessidade do gestor federal formular e executar políticas orientadoras de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, além de considerar a importância da integração ensino – serviço – gestão para a consolidação da política, trazendo em seu escopo *“a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva”*.

Após a publicação da portaria 198/2004 foi publicada a Portaria GM/MS 1.996 de 20 de agosto de 2007 a qual determina as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

As iniciativas do Ministério da Saúde para a formação dos profissionais de saúde antecederam à Constituição, teve início com projetos como o Larga Escala (1981- 1996) – voltado para a formação de pessoal de nível médio e elementar, principalmente técnicos e auxiliares em enfermagem, configurando-se como estratégia pedagógica que visava qualificar a força de trabalho para o setor saúde (GRYSCHKI et al., 2000). Ao longo do tempo outros programas e ações foram desenvolvidos, a exemplo: Programa de Profissionalização dos Técnicos em Enfermagem (PROFAE), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) voltada para a capacitação de nível médio no âmbito do SUS, Programa de Profissionalização dos

Profissionais de Saúde (PROFAPS), Curso Técnico Agentes Comunitários de Saúde (TACS), Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e Estratégia Telessaúde (CARDOSO et al., 2017).

Todas as iniciativas (ações, estratégias, políticas e programas) para formação dos profissionais da saúde surgiram da necessidade evidente e constante de capacitação as quais os profissionais inseridos no sistema detinham. A implantação do Programa Saúde da Família em 1994, atualmente Estratégia Saúde da Família a qual a cobertura tem crescido a cada ano, nos demonstra o universo de profissionais a serem capacitados de forma contínua e permanente (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A Estratégia Saúde da Família atende em torno de cinco mil municípios do território nacional, constituindo-se em um cenário profícuo para o desenvolvimento de estratégias educacionais que atendam aos pressupostos da educação permanente em saúde, e assim promovam a mudança de práticas dos profissionais do país (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Assim, surgem duas estratégias de educação importantíssimas para a efetivação da Política de Educação Permanente: A Universidade Aberta do SUS – UNASUS e a Rede Telessaúde. A UNASUS surge nas perspectiva de ofertar cursos de pós graduação para os profissionais de nível superior inseridos no SUS e o Programa Nacional Telessaúde de ofertar suporte em telemedicina e educação permanente através de tecnologia da informação (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS tem características diferenciadas dos métodos tradicionais de ensino, como focos voltado para os problemas que acontecem no território, buscando através da reflexão a resolução destes a promoção de mudanças de práticas, ao contrário da educação continuada que geralmente é pontual, técnica e individual (SPEZIA E MARIA, 2009). Sendo assim, a educação permanente em saúde ocupa o espaço da produção do cuidado e da transformação de prática com base na realidade vivida, a fim de garantir ações voltadas de fato para resolução de problemas.

Todo processo que esteja comprometido com questões da educação permanente tem a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações “– não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção

integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (MERHY E ANA, 2004).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Ensino na Saúde-SGETS/MS concebe os cursos tradicionais, com carga horária definida e focados na proposta da educação continuada, como não suficientes, pois os profissionais são capacitados, porém ao retornarem ao trabalho as mudanças de prática não se efetivam (BRASIL, 2003). Em contrapartida, a Educação Permanente ancora-se em um quadrilátero composto por gestão, ensino, assistência e controle social, buscando refletir a realidade do território para resolver os problemas ali encontrados (VENDRUSCOLO et al., 2016).

Um outro contraponto importante tem sido as demandas de ensino e aprendizagem em uma sociedade mediada por tecnologia da informação. Behar (2013) afirma que a sociedade atual está baseada em uma tríade de informação, conhecimento e aprendizagem, e tal composição gera demandas particulares de um mundo globalizado e com forte dominância da internet, na qual as tecnologias da informação – TICS tem exercido grande influência na forma como nos comunicamos, vivemos e aprendemos. Isso exige readequação de projetos e ações pedagógicas de modo que a tecnologia corrobore de forma significativa e com atributos de agilidade e efetividade a serviço da capacitação e atualização de profissionais de saúde (BEHAR, 2013).

Um dado importante a ser analisado é que a população mundial chegou a 6,8 bilhões de pessoas em 2015, desse número no Brasil são 72,4 milhões com acesso a internet e que possuem smartphone (NIELSEN, 2015). Esse cenário nos faz refletir sobre a necessidade e o desafio para o campo da saúde e educação em promover o desenvolvimento de ferramentas e metodologias que subsidiem os profissionais de saúde e usuários no aprendizado para a promoção e proteção da saúde em consonância com um mundo mediado pela tecnologia.

Em paralelo ao olhar sob práticas educacionais que reflitam o cotidiano de trabalho, e que busquem a reflexão da realidade local, torna-se inevitável o crescimento da modalidade de ensino à distância – EAD (BRASIL, 2015b).

Segundo o censo de educação superior realizado no Brasil em 2015, o número de alunos na modalidade à distância continua crescendo, atingindo quase 1,4 milhões, representando cerca de 17,4% do total de matrículas na educação superior, o aumento de matrículas nessa modalidade foi de 3,9% em relação aos anos

anteriores, enquanto o da modalidade presencial foi de 2,3% ; o número de concludentes nos cursos de graduação à distância teve um aumento de 23,1%, superando o percentual de concludentes na modalidade presencial (9,4%) (BRASIL, 2015). A Educação à distância cresce a cada ano, o que tem “promovido a democratização do saber e proporcionado ao profissional maior acesso ao conhecimento, por sua flexibilidade e por possibilitar a utilização de recursos dentro da instituição de trabalho” (SILVA et al., 2015).

No Brasil, desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 1996, já era citado em vários artigos e incisos sobre a aplicação da modalidade à distância – EAD em processos educacionais (BRASIL. DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO, 1996). O decreto 5.622/2005 regulamenta oficialmente no Brasil o anteriormente disposto na lei 93.94/96, lei de diretrizes e bases da educação. Caracterizando a educação à distância como modalidade educacional na qual os processos de ensino e aprendizagem ocorrem por meio de tecnologias de informação e comunicação, em diversos lugares e em tempos diversos (BRASIL. DECRETO 5.622, 2005).

A EAD deve estar respaldada em propostas pedagógicas que favoreçam o aprendizado de forma dinâmica e significativa. Para isso, o investimento em propostas metodológicas e pedagógicas se faz indispensável. Este processo deve visar o discente como centro do processo educacional, como ser ativo e autônomo em seu processo de aprendizagem (MARIA et al., 2016).

Nesse contexto de dinamicidade educacional, de crescimento profícuo das profissões e campos de atuação principalmente na área da saúde, da necessidade tangente de mudanças no processos de trabalho e diante de uma Política Nacional que define diretrizes e normas para a formação em saúde no Brasil, surge a proposta da rede de Universidades Abertas do SUS.

2.4 UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

2.4.1 Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde UNASUS

A UNASUS foi lançada pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão em 18 de Junho de 2018, e mais tarde instituído o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNASUS através do decreto 7385/2010 e regulamentado através da Portaria Interministerial nº 10/2013, tendo como arcabouço jurídico o Decreto nº 5.800/2006 que dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) e a Portaria nº 1996/GM/MS/2007 que regulamenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (UNASUS, 2018). Levou em consideração elementos importantes relacionados a aprendizagem de adultos, processos de ensino e aprendizagem e educação permanente para a mudança de práticas no cotidiano do trabalho em saúde. São alguns de seus objetivos propostos:

.... I. Ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS; II. Ofertar cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS, por meio das instituições que integram a rede UNASUS, III. Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas e contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da oferta de cursos de capacitação e educação permanente e com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde (CIVIL, 2010).

O Sistema UNASUS é coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio da atuação conjunta da SGTES da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013). Tem como instâncias administrativas um Conselho Consultivo, um Colegiado institucional e uma secretaria executiva. O Conselho consultivo é formado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, FIOCRUZ, Secretários Estaduais e municipais de saúde, instituições que integram a rede, organismos internacionais e dirigentes de instituições federais de educação superior. O colegiado institucional é composto pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, FIOCRUZ e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A Secretaria Executiva é composta pela FIOCRUZ, responsável por monitorar e avaliar a execução das ações aprovadas pelo Colegiado Institucional (BRASIL, 2010).

O Sistema UNASUS é formado atualmente por uma rede com 36 instituições públicas e de educação superior credenciadas pelo o Ministério da Educação e

conveniadas com o Ministério da Saúde, onde todas oferecem cursos na modalidade à distância -EAD.

De acordo com dados nacionais, durante o tempo de atuação da UNASUS já foram feitas mais de 1 milhão de matrículas, cobrindo uma média de 98% dos municípios brasileiros. Em seu escopo de ofertas, estão: cursos abertos *online*, de extensão, aperfeiçoamento, especialização e mestrados profissionais (UNASUS, 2018). Desta forma, “A educação a distância, mediada pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS), propicia o desenvolvimento de novas práticas pedagógicas [...]”(BRASIL. MS. SGTES., 2016). Inicialmente foi necessário pensar em um sistema que integrasse e compartilhasse produções e conhecimentos entre essas instituições e que propiciasse uma prática pedagógica em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente.

era necessário criar um mecanismo que celebrasse o ingresso na rede e explicitasse os compromissos compartilhados. Para que as instituições pudessem compartilhar conteúdos digitais, era imprescindível criar esse acervo comum: suas regras, tecnologia e infraestrutura. E para permitir que as atividades educacionais fossem compartilhadas e reconhecidas mutuamente pelos integrantes, era preciso criar um sistema de informação que refletisse essa nova visão de gestão acadêmica (OLIVEIRA, et al. 2014).

Desse modo o sistema UNASUS foi organizado com base em três elementos; “a rede de instituições de ensino superior credenciadas para EAD (Rede UNASUS); o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES); e a base de dados nacional – Plataforma Arouca”(BRASIL. SGTES., 2016).

O acervo de recursos educacionais - ARES da UNASUS tem como objetivo disponibilizar de forma aberta e gratuita todos os recursos educacionais produzidos, agregando toda a produção em um único local e de acesso aberto na internet. Isso possibilita que o material didático produzido esteja ao alcance da população fazendo jus ao investimento público destinado ao projeto. A Plataforma Arouca consiste em um ambiente de integração de informações sobre a trajetória educacional e profissional de cada trabalhador do SUS (OLIVEIRA, 2014).

O advento das tecnologias da informação – TICS e a velocidade das informações na sociedade contemporânea fazem surgir a necessidade de reajuste nos modelos pedagógicos e nos currículos das instituições de ensino. Além disso, a compreensão sobre os mecanismos de aprendizado do adulto, são fatores que

incidem diretamente na adesão desses profissionais às formações ofertadas. A formação para o SUS exige que o aprendizado seja significativo, com base em resolução de problemas e proporcionando a integração ensino e serviço (FREITAS, 2016). Por tais motivos o planejamento pedagógico da UNASUS é baseado nos pressupostos das metodologias ativas, considerando a andragogia e respeitando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente no SUS (CAMPOS et al., 2017).

2.4.2 Universidade Aberta do SUS – UFMA

A educação à distância no Brasil vem se consolidando ao longo dos anos, fatores como flexibilidade, auto gestão do tempo e redução de custos, tem sido importantes engrenagens que alavancaram o ensino na modalidade à distância – EAD.

No Brasil, a EAD encontra-se regulamentada pelo Decreto 9.057, de 25 de maio de 2017, neste destacado (BRASIL, 2017);

Art. 1º - Considera-se educação a distância a modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorra com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com pessoal qualificado, com políticas de acesso, com acompanhamento e avaliação compatíveis, entre outros, e desenvolva atividades educativas por estudantes e profissionais da educação que estejam em lugares e tempos diversos.

Assim a educação à distância regulamentava-se no país, e o projeto da Universidade Aberta do SUS embasava-se legalmente mesmo antes de existir. Então em 2008, através da junção de várias universidades foi anunciada a criação da Rede UNASUS e logo no ano seguinte, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) credenciou-se junto ao MS a UNASUS/UFMA, aderindo assim à Rede UNASUS que seria criada através de decreto presidencial em 2010.

A UNASUS/UFMA iniciou suas atividades com a oferta gratuita de cursos de especialização e aperfeiçoamento à distância. Os cursos oferecidos usavam e ainda usam recursos das tecnologias da Informação e comunicação – TICS para a produção e maior alcance de seu público alvo, “permitindo a interação e o compartilhamento do conhecimento por diversos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem

(JUNIOR CASTRO et al., 2015). Esses são ofertados através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), através da Plataforma *Moodle*. O AVA consiste em um ambiente que possibilita o desenvolvimento de atividades, fornecendo aos professores e alunos ferramentas para a condução e gestão da turma (OLIVEIRA et al., 2013). Existem vários ambientes virtuais de aprendizagem, a exemplo, o Blackboard, ROODA, Solar, Teleduc, NAVi, Sakai, Coursera, Edx e o MOODLE. A UNASUS/UFMA utiliza a plataforma Moodle para o desenvolvimento de seus cursos (BEHAR, 2013).

O MOODLE é um Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA baseADO em software livre. Ele tem a maior participação no mercado internacional, com mais de 54% de todos os sistemas de apoio on-line ao ensino e aprendizado (OLIVEIRA et al., 2013).

Para além do ambiente virtual há ainda uma grande organização para a produção e ofertas do cursos, onde de forma sintética pode-se dizer que são organizadas em duas fases: a produção e gestão de ofertas educacionais. Inicialmente é feito o planejamento didático-pedagógico do curso o qual tem como referência o objetivo do projeto de formação solicitado. Durante o planejamento “ é feita a elaboração do currículo do curso, a análise do perfil do aluno, a elaboração dos objetivos educacionais, a definição de estratégias educacionais, a estruturação de módulos e unidades, a elaboração do sistema de avaliação da aprendizagem e organização do sistema de avaliação do curso” (CAMPOS, 2017).

Assim, todos os cursos ofertados pela UNASUS-UFMA tem em seus objetivos educacionais a intenção de propiciar a aprendizagem significativa, lançando mão de estratégias educacionais ancoradas na aprendizagem baseada em problemas, problematizando o cotidiano de trabalho a fim de ressignificar práticas e produzir saberes em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente do SUS.

2.4.2.1 Cursos de Especialização - Dimensão Pedagógica

Os cursos de especialização da UNASUS-UFMA são organizados de forma modular. Cada módulo possui atividades *on line*, atividades de fórum e/ou atividades de postagem. Todas as atividades tem como material de apoio livros on line e livros pdf, que possibilitam que o aluno estude também de forma *of line*. A duração dessas ofertas educacionais ocorre, em média, durante doze meses, os quais estão previstos

três momentos presenciais. Este momentos destinam-se à realização de provas e defesa do trabalho de conclusão de curso – TCC (UNASUS, 2018).

O TCC da UNASUS-UFMA consiste na elaboração de um plano de ação/intervenção, o qual o aluno é estimulado ao longo de todo o curso a refletir sobre a realidade de seu território. Através do módulo “Metodologia da pesquisa” estimula-se o aluno à construção gradativa do trabalho final, sempre induzindo-o a pensar e olhar o cotidiano de seu trabalho, afim de encontrar problemas e formular propostas de intervenção.

Isso corrobora com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente do SUS, assim como, com os pressupostos da aprendizagem significativa, que “ valoriza os conhecimentos prévios dos alunos para que estes possam construir estruturas mentais que permitam descobrir e redescobrir outros conhecimentos, caracterizando uma aprendizagem prazerosa e eficaz” (AUSUBEL, 1982).

Todo esse contexto de ação x reflexão x ação se traduz em uma formação que envolve conhecimentos, habilidades e atitudes que abordem os campos da assistência, gestão e educação em saúde. Essa formação demanda a integração de diversos campos do saber e subverte a lógica de ensino tradicional, priorizando as atividades práticas na rede de atenção à saúde do SUS com estrutura curricular com conteúdos integrados, distribuídos em módulos e fundamentado na educação problematizadora de concepção freiriana (FREIRE, 1997).

Na UNASUS-UFMA os TCC`s deverão contemplar, obrigatoriamente, aspectos inerentes aos objetivos do curso (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Desta forma, o estímulo à observação e problematização da realidade é uma constante, isso tem base no modelo pedagógico da aprendizagem baseada em problemas e em elementos da aprendizagem baseada em projetos.

A aprendizagem baseada em projetos refere-se a um modelo que se ancora na observação do mundo real, sendo “ um modelo de ensino que consiste em permitir que os alunos confrontem as questões e os problemas do mundo real que consideram significativos”(BENDER, 2014).

Apesar deste método estar alinhado a aprendizagem e construção por grupos, divergindo em tese do formato utilizado para produção do TCC na UNASUS,

pelo carácter individual, ainda assim a organização metodológica dos trabalhos deferem elementos abordados no modelo (SANTORO et al., 2002).

A construção de um projeto que intervenha na realidade de vida e saúde de uma população e proporcione a mudança de práticas profissionais é a opção pedagógica da UNASUS para o desenvolvimento dos planos de ação como estratégia de avaliação final dos cursos. Por entender que para intervir na realidade de um território é necessário primeiro entendê-lo, conhecê-lo e estudá-lo, a opção metodológica da instituição é a aprendizagem baseada em problemas.

Para que a aprendizagem seja transformacional, exige que o processo de ensinar e aprender proporcione novos significados, relacionando experiências prévias e articulando conteúdos teóricos a serem trabalhados, permitindo desta forma, a observação da realidade, o levantamento de problemas e a formulação de estratégias de solução (BOROCHOVICIUS E TORTELLA, 2014). Neste contexto, surge a metodologia da Problematização a qual tem como primeira referência o método do arco (fig.02), de Chales Magueres adaptado por Bordenave e Pereira em 1982 (BERBEL, 1998).

Nessa adaptação, o arco foi direcionado para a solução de problemas, basEADo no pensamento científico e orientado por uma perspectiva dialética da interação do homem na realidade [...]o professor define a problemática a ser observada, basEADo em problemas reais e os educandos partem de uma observação , nas etapas seguintes, professor e aluno participam ativamente da problematização e da construção de uma intervenção na realidade (LIMA, 2017).

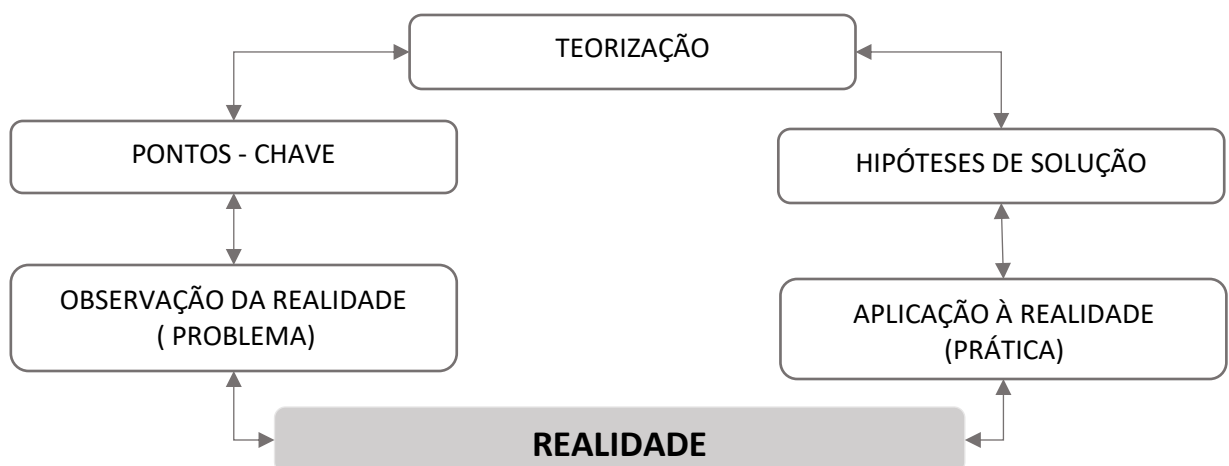


Figura 2: Arco de Magerez
Fonte: Bordenave e Pereira, 1989

Desta forma, o plano de ação configura-se como uma estratégia educativa e de resolução de problemas ainda pouco discutida na literatura científica e no campo da saúde. O Plano de Ação é aqui entendido como uma ferramenta utilizada para sugerir ações que atinjam determinada problemática levantada por meio da observação do cotidiano do trabalho, possibilitando mudanças, produzindo conhecimento e transformando práticas. Trata-se de um plano traçado com base nos problemas do território, através de um roteiro detalhado das ações a serem desenvolvidas, para que se consiga atingir os objetivos propostos.

Para que haja um diagnóstico fidedigno dos problemas do território e para que se trace as prioridades de intervenção, é necessário que o estudante esteja imerso na realidade a que se pretende intervir (MOURÃO NETTO et al., 2016)

Diante da necessidade de novas tecnologias de ensino-aprendizagem, visando transformar o cenário da educação e rompendo com o estilo de abordagem fria, centrada na doença, ainda resquício do modelo hegemônico de atenção, o Plano de Ação tem revelado um potencial para o desenvolvimento de práticas mais afinadas aos problemas das comunidades, pois permite ao estudante envolver-se, criar e fortalecer vínculos dentro dos territórios, tudo isso através do enfrentamento de um problema real, fortalecendo a tríade ensino-serviço-comunidade (MOURÃO NETTO et al., 2016).

O curso descrito visava a qualificação dos profissionais da Atenção Básica vinculados ao PROVAB. Para alcançar a certificação, o aluno precisaria cumprir todos os créditos e realizar a defesa do TCC no formato de plano de ação.

A carga-horária da especialização foi de 450h, com duração de 12 meses na modalidade de Educação à distância – EAD contando com 3 momentos presenciais obrigatórios. A estrutura curricular do curso continha 15 módulos obrigatórios (Fig.04) com carga horária de 30 horas, e subdivididos em 3 eixos. O módulo 15 - Metodologia da Pesquisa propiciava à construção do TCC. Neste módulo, dividido em três partes, buscava-se a compreensão sobre a importância da eleição do “problema” para a elaboração do plano de ação.

As atividades do módulo tiveram objetivos educacionais voltados ao desenvolvimento do TCC. Nelas foram estimuladas a elaboração de diagnóstico situacional do território, eleição de problemas a serem enfrentados, escolha do problema principal, definição de objetivos, metas e métodos de avaliação. As atividades também ajudam os alunos a definir palavras-chave e conhecer as regras e

normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas – ABNT, regra utilizada pela instituição para normatização dos trabalhos. Além dos módulos do curso que orientavam os alunos à construção do trabalho voltado à resolução dos problemas do cotidiano, existia a “sala de TCC”. A sala de TCC consiste em um espaço no qual o estudante é orientado por um tutor a construir o seu TCC. A construção dividi-se em quatro etapas. Em cada uma o estudante constrói uma parte do trabalho onde o tutor corrige e retorna ao aluno. Na etapa seguinte o aluno envia os elementos da primeira etapa com correção e acrescenta os elementos da segunda etapa que serão novamente verificados, e assim por conseguinte. A etapa quatro consiste na correção final a qual o tutor valida o trabalho para a defesa.

	MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
EIXO I	MÓDULO I - INTRODUÇÃO AO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	30 HORAS
	MÓDULO II - SAÚDE E SOCIEDADE	30 HORAS
	MÓDULO III - CONCEITOS E FERRAMENTAS DA EPIDEMIOLOGIA	30 HORAS
	MÓDULO IV - PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	30 HORAS
	MÓDULO XV- UNIDADE 1 - METODOLOGIA DA PESQUISA	10 HORAS
EIXO II	MÓDULO V - SAÚDE DA CRIANÇA I	30 HORAS
	MÓDULO VI - SAÚDE DA CRIANÇA II	30 HORAS
	MÓDULO VII -SAÚDE DO ADULTO I	30 HORAS
	MÓDULO VIII – SAÚDE DO ADULTO II	30 HORAS
	MÓDULO IX – SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM	30 HORAS
	MÓDULO X - ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA	30 HORAS
	MÓDULO XI - SAÚDE DA MULHER	30 HORAS
	MÓDULO XV- UNIDADE 2 -METODOLOGIA DA PESQUISA	10 HORAS
EIXO III	MÓDULO XII - SAÚDE MENTAL	30 HORAS
	MÓDULO XIII - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	30 HORAS
	MÓDULO XIV - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	30 HORAS
	MÓDULO XV- UNIDADE 3 -METODOLOGIA DA PESQUISA	10 HORAS
CONSTRUÇÃO DO TCC	1ª ETAPA	
	2ª ETAPA	
	3ª ETAPA	
	4ª ETAPA	
	DEFESA DE TCC	

Figura 3: Estrutura Curricular do Curso Atenção Básica em Saúde
Fonte: UNASUS/UFMA, 2013

2.4.3 Caracterização dos Estados

2.4.3.1 Estado de Pernambuco

O Estado de Pernambuco possui 185 municípios e uma população estimada de 9.473.266 habitantes. O último censo demonstra extensão territorial de 98.076.021 km², com maioria da população concentrada em área urbana apresentando taxa de urbanização de 80,17% e densidade demográfica de 89,62 hab/km². A taxa de crescimento anual deste Estado foi de 1,6% entre os anos 2000 e 2010 (IBGE, 2018). Ocupa o 10º lugar entre os Estados mais pobres da federação, com uma posição superior em relação ao Maranhão (3º lugar) e Bahia (8º lugar).

No ano 2000 tinha 46,31% da população vivendo com renda domiciliar menor que R\$ 140,00, este percentual reduziu para 28,80% em 2010, porém ainda apresenta grande parte da população vivendo em condição de pobreza (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

Apresentou entre os anos 2000 e 2016 aumento na expectativa de vida. Em 2000 era de 60,20 anos para homens e 70,10 anos para as mulheres, passando em 2016 à 69,90 anos para homens e 77,70 para as mulheres. Isso representa um aumento de 9,70% para os homens e 7,60 para as mulheres (IBGE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) neste Estado apresentou no ano de 1991 um aumento de 0,440 para 0,710 em 2015. Com esse aumento o Estado enquadra-se na faixa de alto desenvolvimento.

Nas dimensões renda e educação – constata-se que a educação teve maior evolução passando de 0,242 em 1991 para 0,658 em 2015. A variável renda foi a que apresentou menor variação.

Na tabela a seguir citamos alguns indicadores do SISPACTO que embasam a situação de saúde do Estado no período de 2012 a 2015.

Tabela 04: Indicadores do SISPACTO ano 2012 a 2015, Estado de Pernambuco.

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.								
INDICADOR	META 2012	RESUL	META 2013	RESUL	META 2014	RESUL	META 2015	RESUL
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica. (%)	70,00	65,22	70,00	71,65	75,00	76,15	79,00	75,00
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (%)	N/A	N/A	33,50	26,60	30,80	29,75	28,50	25,80
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	50,00	55,95	50,00	81,08	70,00	63,16	70,00	63,61
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%)	2,00	1,40	2,00	1,18	2,00	1,14	1,20	1,93
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (%)	N/A	N/A	15,00	16,73	12,00	11,15	10,00	18,11
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.								
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (iam) (%)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Proporção de parto normal (%)	48,00	47,60	48,00	46,20	48,00	45,60	48,00	48,30
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. (%)	60,00	57,20	60,00	5,56	60,00	60,60	61,10	62,40
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. (N. absoluto)	83,00	76,00	83,00	67,00	71,00	44,00	88,00	50,00
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (%)	20,00	19,54	35,00	23,40	35,00	40,30	40,00	N/A
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.								
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	100,00	100,00						

Fonte: Portal da Saúde, 2018.**Legenda:** N/A – sem informação no relatório

2.4.3.2 Estado do Maranhão

O Maranhão possui uma população de 6.574.789 habitantes e uma extensão territorial de 331.936.949 km². Em área urbana concentra-se a maioria da população 4.147.149 habitantes e na área rural 2.427.640, tendo taxa de urbanização de 63,08%, sua densidade demográfica é de 19,81 hab/km², com taxa de crescimento anual de 1,52 (2000/2010)(IBGE, 2018).

Nos últimos anos, houve mudanças significativas no perfil populacional do Brasil, podendo ser verificado em sua pirâmide etária. A fecundidade brasileira, entre os anos de 1991 e 2016, caiu de 2,88 para 1,69 filhos por mulheres no período reprodutivo de 15 a 49 anos de idade(IBGE, 2018).

No Maranhão, a taxa de fecundidade diminuiu de 4,74 filhos em 1991, para 2,12 em 2016. Porém em comparação com a taxa brasileira ainda apresenta quase o dobro(IBGE, 2018).

No que tange a expectativa de vida neste Estado, a idade média para as mulheres no ano 2000 era de 69,40 anos, subindo para 74,50 anos em 2016. Para os homens no ano 2000 a expectativa era 61,80 anos aumentando para 66,90 anos em 2016. Essas estimativas corroboram com a expectativa de vida do Brasil que aponta média de crescimento de 7,10 anos de vida para as mulheres(IBGE, 2018).

Faz-se importante salientar que a redução da taxa de fecundidade, associada ao aumento da expectativa de vida, resultam em um novo padrão demográfico para o Brasil e para o Estado do Maranhão. Estudo de Mendes (2012) aponta três fenômenos responsáveis pela mudança no perfil da população brasileira; transição epidemiológica, transição demográfica e transição nutricional; A transição epidemiológica é explicada pela diminuição de mortalidade, da taxa de fecundidade e aumento de morbidade. Estes fenômenos explicam em parte a tendência de envelhecimento da população. A transição demográfica acelerou o processo de urbanização, fator que incide sensivelmente na necessidade de serviços de saúde que atendam à população. Quanto à transição nutricional, esta refere-se às mudanças nos hábitos alimentares da população ao longo dos anos, o aumento do sobrepeso e obesidade associados aos maus hábitos de vida, consumo de tabaco e álcool. Estes fatores contribuem para o aumento das doenças crônicas. (MENDES, 2012).

O Maranhão ocupa a 25ª posição entre os 27 estados do Brasil com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.639. O IDM compreende as dimensões

longevidade, renda e educação (IBGE, 2018). O rendimento nominal mensal domiciliar per capita por situação urbana e rural neste Estado é de 43,37% da população urbana e 63,12% da população rural vivendo com $\frac{1}{2}$ salário mínimo (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

No aspecto educação, nota-se um aumento no percentual de alfabetização de 68% para 77,36% no período de 2000 e 2010. Porém a taxa de conclusão dos níveis de ensino ainda constitui-se em um problema. No ensino fundamental, entre jovens de 15 a 17 anos, houve um avanço 11,38% para 58,80% no percentual de concludentes no período de 1990 a 2015. Ainda assim, um grande percentual de jovens não concluem os estudos (41,20%). No ensino médio, verifica-se que apenas 50% dos jovens de 18 a 24 anos concluem os estudos e no ensino superior tal fator ainda é mais agravante, em 2015, das pessoas que ingressaram nas Universidades, apenas 0,96% concluíram os cursos (BRASIL- INEP, 2015).

No setor saúde, no tocante à rede de serviços deste Estado, a atenção básica possui 2.258 unidades, na atenção secundária e terciária 30 hospitais especializados, 2.016 hospitais gerais e 90 centros de atenção psicossocial (PORTAL DA SAÚDE, 2018).

Na tabela 05 citamos alguns indicadores do SISPACTO que embasam a situação de saúde do Estado no período de 2012 a 2015.

Tabela 05: Indicadores do SISPACTO anos 2012 a 2015, Estado do Maranhão.

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.								
INDICADOR	META 2012	RESUL	META 2013	RESUL	META 2014	RESUL	META 2015	RESUL
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	90,63%	78,10%	75%	87,88%	90%	92,25%	95,00%	92,32%
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab)	-	-	30%	34,67%	31,35 %	34,03%	27,22%	22,20%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	65,00 %	62,44%	65,56%	67,22%	74,89 %	70,35%	74,89%	64,37%
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,00 %	1,61%	2,50%	1,85%	2,62 %	2,62 %	2,62%	1,43%
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	-	-	12%	41,93%	20,00 %	7,39%	15,00%	13,32%
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.								
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (iam)	-	-	7,50 %	14,73%	7,50%	20,27%	6,21%	19,15%
Proporção de parto normal	-	-	72,31%	60,88%	60,88%	59,18%	0,00%	57,14%
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	46,73%	31,06%	38,21%	33,06%	52,94%	33,07%	3,00%	37,45%
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.9 (n.absoluto)	89	78	94	84	151	107	68	82
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	-	-	10,00%	21,40%	15,00%	8,10%	20,00%	9,63%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.								
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	-	-	45,45%	42,86 %	68,42%	57,89%	68,42%	78,95%

Fonte: Relatórios Anuais de Gestão (SargSUS,2018).

2.4.3.3 Estado da Bahia

A Bahia possui 417 municípios e uma população de 14.016.906 habitantes dividida em 28 regiões de saúde e sua extensão territorial é de 564732.450 km². Dados de 2010, demonstram que em área urbana concentra-se a maioria da população, tendo assim 72,07% de taxa de urbanização e densidade demográfica de 24,82 hab/km². A taxa de crescimento anual entre 1991 e 2000 foi de 1,08%, no período entre 2000 e 2010 teve uma taxa de crescimento anual de 0,70%(IBGE, 2018). Observa-se então que o estado apresentou um aumento populacional maior no período entre 1991 e 2000.

Assim como na grande parte do Brasil, na Bahia, a taxa de fecundidade diminuiu, passando de 3,66 filhos em 1991, para 1,71 em 2016. Porém em comparação com a taxa brasileira o Estado ainda possui taxa de fecundidade alta (IBGE, 2018).

No que tange à expectativa de vida houve mudanças entre os anos 2000 e 2016, representando aumento de 72,40 para 78,20 em mulheres e de 65,20 para 69 anos em homens no período. Esta estimativa ratifica a do Brasil que aponta aumento na expectativa de vida dos brasileiros (IBGE, 2018; RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

Faz-se importante salientar que o aumento da expectativa de vida associado a redução da taxa de fecundidade resultam em um novo padrão demográfico que impacta diretamente na prevalência de doenças crônicas relacionadas principalmente ao sistema cardiovascular e respiratório. Tal fato é explicado pelo evento da transição epidemiológica no Brasil, onde em 1990 as doenças infecciosas correspondiam há 46% das mortes, tendo decréscimo para menos de 5% em 2000, porém ao mesmo tempo as doenças cardiovasculares que representavam 12% dos óbitos em 1930, tiveram um crescimento para 30% em 2009 (MENDES, 2015).

Torna-se importante salientar que o índice de desenvolvimento humano (IDH) neste Estado apresentou aumento de 0,386 para 0,698 no período de 1990 a 2018. Porém este ainda encontra-se na posição 22^a, entre os 27 estados do Brasil, mas classificado na faixa de médio desenvolvimento humano.

Dentre as dimensões que compõem IDH, a dimensão educação apresentou maior crescimento, passando de 0,182 a 0,628 no período de 1991 a 2015. A

dimensão renda foi a que apresentou a menor variação no período (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

Tabela 06: Indicadores do SISPACTO ano 2012 a 2015, Estado da Bahia.

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.								
INDICADOR	META 2012	RESUL	META 2013	RESUL	META 2014	RESUL	META 2015	RESUL
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica. (%)	62,00	60,78	64,00	64,66	67,00	70,89	76,20	71,70
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (%)	N/A	N/A	43,31	42,70	41,59	N/A	39,56	38,82
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	50,00	49,40	52,00	50,00	52,90	N/A	57,48	55,99
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%)	2,00	0,87	2,00	0,72	2,0	N/A	2,00	0,77
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (%)	N/A	N/A	N/A	N/A	10,0	4,72	8,50	16,58
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.								
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (%)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Proporção de parto normal (%)	60,00	57,50	60,00	56,60	60	55,21	60,00	57,01
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. (%)	45,00	N/A	48,00	47,00	55	50,83	55,00	54,91
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. (N. absoluto)	111,00	107,00	112,00	117,00	111,00	126,00	126,00	N/A -
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (%)	35,00	35,75	35,00	35,66	36,75	N/A	100,00	38,19
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.								
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	21,40	N/A	33,00	0,00	33,00	N/A	N/A	N/A

Fonte: Relatórios Anuais de Gestão (SargSUS,2018). *N/A – Não Informado.

Neste Estado as metas e resultados referentes aos indicadores do SISPACTO não foram apresentadas de forma completa nos relatórios de gestão disponibilizados ao Ministério da Saúde, fato que demonstra fragilidades nos processos de gestão e planejamento, assim como dificulta os processos gerenciais e de assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar as Representações Sociais através dos trabalhos de conclusão de curso dos alunos do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da UNASUS/UFMA, inseridos no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

3.2 Específicos

- Analisar prototipicamente os descritores dos trabalhos de conclusão de curso por Estado.
- Comparar as frequências de evocações dos Estados onde o curso aconteceu.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. O objeto do estudo são os descritores dos trabalhos de conclusão de curso desenvolvidos por médicos, enfermeiros e dentistas vinculados ao Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB, alunos da especialização em Atenção Básica em Saúde desenvolvida e ofertada pela Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal do Maranhão (UNASUS/UFMA) distribuídos em quatro turmas entre os anos de 2012 a 2014. Estes alunos tinham como polo os Estados da Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Tocantins.

4.2 Período e local do estudo

A pesquisa foi realizada na Universidade Aberta do SUS –UNASUS, vinculada à Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Os cursos ofertados na instituição são na modalidade de Educação à Distância (EAD) financiados pelo Ministério da Saúde.

4.3 Unidades de análise

Foram analisados todos os resumos e descritores dos TCC's produzidos pelos alunos do cursos de especialização em atenção básica em saúde. Vale destacar que para organização dos descritores, inicialmente consolidou-se semanticamente as palavras chave dos TCC's através da organização de sentidos. A organização semântica ou de significados consiste em agrupar as palavras por sinônimos (GHILARDI, 2018). Nesta etapa as palavras sinônimas ou pertencentes à mesma temática foram agrupadas, de modo a construir-se um grupo de palavras semanticamente semelhantes (tabela 01). Após essa organização comparou-se às palavras sinônimas contidas no DECS, obtendo-se os descritores objeto deste estudo.

Não foram incluídos os trabalhos que tinham menos de 03 (três) palavras-chave. Neste estudo os descritores são análogos às evocações, item necessário para aplicação da Teoria das Representações Sociais. Do universo de 764 trabalhos foram excluídos 46 trabalhos, restando 719, destes foram extraídas para análise 2.154 evocações (descritores).

Além da análise geral das Representações dos Estados, foi executada também análise individual dos Estados da Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Tocantins.

Nesse agrupamento por estado, somente foram analisados aqueles que apresentavam mais de 100 trabalhos por compreender-se que quanto mais numeroso o grupo, mais estáveis são os resultados, uma amostra maior denota resultados menos susceptíveis e aproxima-se da realidade observada, ou seja, permite estimativas mais confiáveis (WACHELKE E WOLTER, 2011). A figura 3 apresenta um fluxograma que demonstra o percurso para definição da amostra (delineamento amostral).

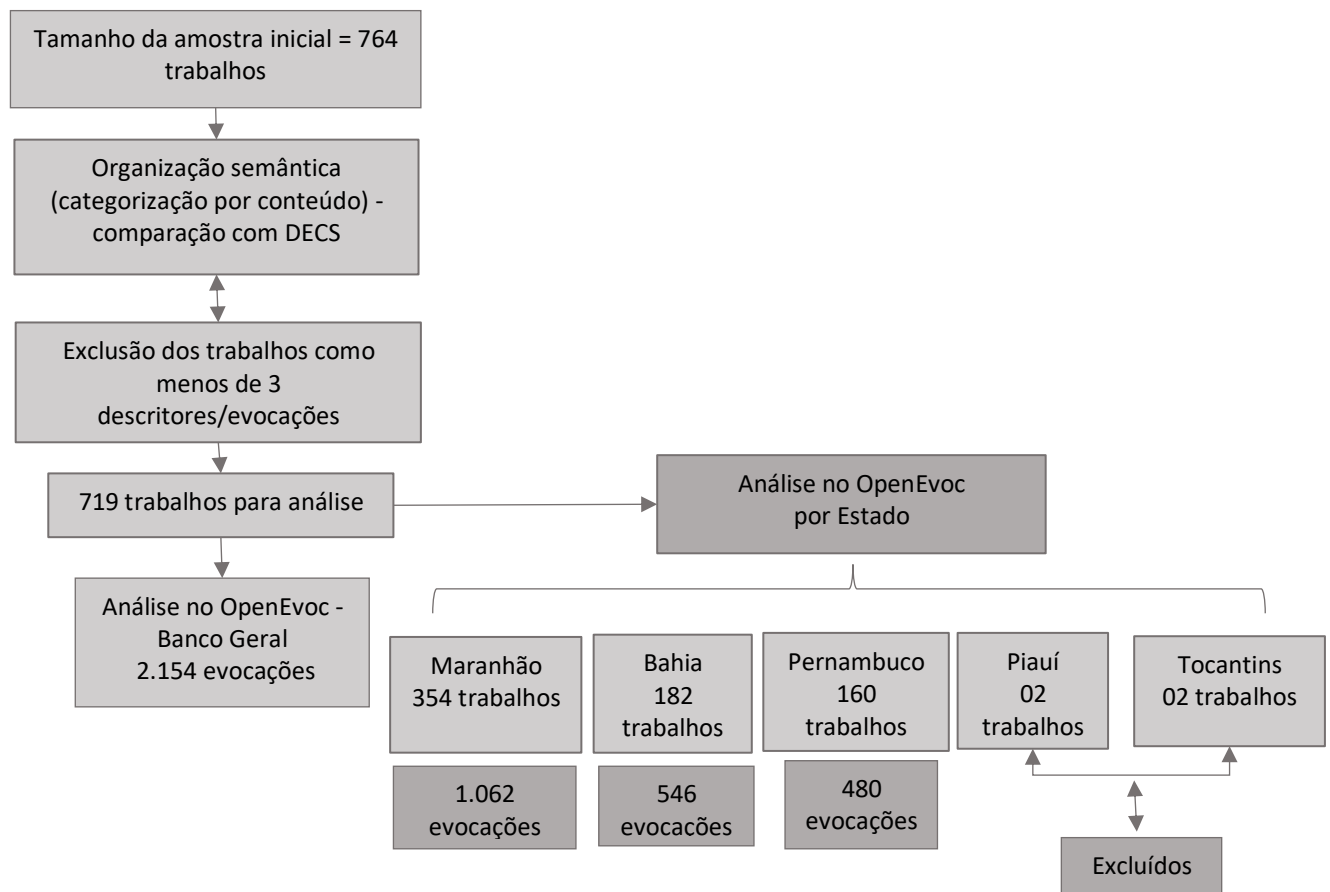


Figura 04: Delineamento amostral.
Fonte: Próprio autor.

4.3.1 Instrumento de Coleta e Avaliação dos Dados

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Monitoramento Pedagógico Monsys, registrado pelo Instituto Nacional de Produção Industrial - INPI sob o número BR 51 2014 001542-4 da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/UFMA (MONIER et al., 2017). Esse sistema contém todas as informações dos trabalhos que foram posteriormente exportadas para planilha Excel®.

A etapa posterior a coleta dos dados foi de organização semântica das palavras chave dos TCC's e sua comparação com descritores sinônimos contidos no domínio eletrônico DeCS (descritores em ciências da saúde).

O DeCS é um vocabulário dinâmico totalizando 4.540 descritores exclusivos. As seguintes são categorias DeCS e seus totais de descritores: Ciência e Saúde (231), Homeopatia (1.948), Saúde Pública (3.527) e Vigilância Sanitária (817). O número é

maior que o total, pois um descritor pode ocorrer mais de uma vez na hierarquia (BIREME / PAHO / WHO, 2017).

4.3.2 Processamento Estatístico

A análise dos dados levou em consideração a análise prototípica ou análise de evocações (análise de quatro casas), uma das técnicas mais difundidas para estudo de uma Representação Social (WACHELKE E WOLTER, 2011).

Para processamento estatístico, os dados foram examinados minuciosamente através do software OPENEVOC® 0.83 utilizando a técnica de Vergés (1992), permitindo a análise e a construção do quadro de distribuição das evocações em quadrantes.

O eixo horizontal do quadro representa valor de frequência média dos termos evocados, o vertical informa a média das ordens médias ponderadas de evocação dos mesmos termos. Os termos evocados, assim distribuídos, possibilitam a análise do conteúdo e da estrutura da representação. As distribuições destes termos nos quadrantes determinam o núcleo central e os elementos periféricos do objeto estudado (HENRIQUE et al., 2011).

Para tal análise, foram excluídas as palavras com 1 ou menos de 1 frequência. Foi estabelecido uma frequência mínima de evocação igual a 2 para inclusão no quadro. Para ponto de corte de frequência utilizou-se a metade da frequência da forma de mais ocorrência. Os TCC's com menos de 3 descritores foram excluídos da amostra.

O quadro 1 descreve a sequência metodológica que antecede o processamento estatístico utilizado neste trabalho.

Quadro 01: Análise prototípica.

Informações referentes ao tratamento de equivalência dado às evocações
• Lematização (redução ao radical), categorização por conteúdo, ou outra possibilidade
Informações referentes à distribuição de palavras
• Tamanho da amostra • Total de evocações • Frequência média de evocações • Frequência mínima das evocações para inclusão no quadro (ex.: proporção do total de participantes; corte de frequência pré- estipulado...).
Informações referentes aos critérios de construção dos quadrantes
• Ponto de corte para frequência entre as zonas de alta e baixa frequência (ex.: frequência maior que a média das formas incluídas na análise; frequência maior que a mediana das formas da análise; escolha por manter uma proporção pré-determinada de evocações na zona de alta frequência; observação de um “salto” na distribuição de Zipf; metade da frequência da forma com mais ocorrências no corpus...) • Ponto de corte para ordem média de evocações (ex.: ordem correspondente ao ponto médio das possibilidades de resposta da tarefa de evocação; média da ordem de evocação das formas incluídas na análise...)

Fonte: Wachelke e Wolter, 2011.

4.4 Aspectos éticos

O estudo seguiu os critérios para pesquisas envolvendo seres humanos, cumprindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto matriz intitulado “Cooperação técnica para a produção de objetos de aprendizagem e inovação em EAD para os profissionais do SUS: estudo exploratório sobre ensino e aprendizagem em cursos ofertados aos profissionais de saúde na modalidade EAD na UNASUS/UFMA” foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da UFMA, conforme o parecer nº 715.841 (Anexo 1).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Organização Semântica

Através da homogeneização do banco de dados, foi realizada a organização semântica das palavras chave dos TCC's e logo após a categorização de acordo com os descritores - DECS aqui entendidos como evocações. A organização destes termos (tabela 01) resultou nas evocações analisadas através do Openevoc 0.83®.

Tabela 01: Categorização das Palavras Chave.

Palavras Chave do banco de dados	Descritores após categorização Decs
Saúde Bucal Odontologia Cárie Dentária	Saúde Bucal
Saúde Gestacional Gravidez Pré Natal Cuidado Pré Natal	Gravidez
Políticas Públicas Políticas Públicas em Saúde	Política Pública
Assistência à Saúde Mental Saúde Mental Depressão	Saúde Mental
Bebidas Alcoólicas Alcoolismo	Alcoolismo
Aleitamento Materno Desmame	Aleitamento Materno
Período Pós Parto Puerpério	Período Pós Parto
Nutrição em Saúde Pública Alimentação	Nutrição em Saúde Pública
Prática Profissional Profissionais de Saúde	Prática Profissional

5.2 Apresentação e Discussão dos Resultados

5.2.1 Representações Sociais – Estado de Pernambuco

Na análise prototípica do Estado de Pernambuco quadro 03 demonstra maior caráter valorativo representado através do núcleo central primeiramente para evocações **Assistência à saúde (6,88%)**, **saúde bucal (6,46%)**, e em seguida saúde da mulher (6,25%), aleitamento materno (5,21%), hipertensão (4,38%) e gravidez (4,17%). No segundo quadrante a evocação “**educação em saúde**” (8.33%) tem a maior frequência.

Quadro 02: Representações por Estado – Estado de Pernambuco - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 160). Frequência 4,16 %, ordem 2 e frequência mínima 02.

Núcleo Central			2ª Quadrante(periferia)		
+ + Frequência >= 4.16 / Ordem de evocação < 2			+ - Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
Assistência à saúde	6.88%	1.97	Educação em Saúde	8.33%	2.18
Saúde bucal	6.46%	1.94	Saúde da Família	7.08%	2.47
Saúde da mulher	6.25%	1.5	Estratégias	6.46%	2.32
Aleitamento materno	5.21%	1.44	Atenção Primaria a Saúde	6.04%	2.52
Hipertensão	4.38%	1.33	Promoção da Saúde	5.83%	2.36
Gravidez	4.17%	1.45	Saúde da Criança	4.79%	2.09
3ª Quadrante(periferia)			4ª Quadrante(periferia)		
- + Frequência			- - Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
Gravidez na Adolescência	2.5%	1.08	Enfermagem	2.71%	2.08
			Diabetes Mellitus	2.71%	2.08
			Saúde Pública	2.29%	2.64
			Saúde do Adolescente	2.08%	2.3

Fonte: OpenEvoc 0.83

Evidencia-se na tabela acima as evocações “**assistência à saúde**” e “**saúde bucal**” como maior frequência no núcleo central. Isso indica o grau de valoração atribuído pelos alunos a esses descritores. A importância atribuída a evocação “**assistência à saúde**” estrutura-se em todo o sistema periférico (periferia) desta

representação, quando verifica-se nos demais quadrantes a frequência e ordens de evocação atribuídas às palavras “saúde da família”, “estratégias”, atenção primária em saúde”, promoção de saúde”, saúde da criança”, “gravidez na adolescência”, “diabetes mellitus” e outras. A promoção a saúde é eixo estruturante para as ações de assistência à saúde e transversal a todos os ciclos de vida o que justifica a atribuição de valor dado pelos alunos e demonstrado no corpus da Representação.

Nota-se a evocação “**saúde bucal**” como segundo lugar no corpus da Representação, fato em consonância com a situação da saúde do Estado onde 86,02% da população é SUS dependente e possui em 99% dos municípios algum tipo de atendimento de saúde bucal.

Em Pernambuco no ano de 2015 haviam 1.525 equipes de saúde bucal representando 52% de cobertura populacional, em 2018 essa cobertura aumentou para 59,24%.

Em 2016 haviam 52 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO distribuídas no Estado aumentando para 56 CEO em 2018. O Centro de Especialidade Odontológica deve dar continuidade ao trabalho realizado pela rede de atenção básica, devendo realizar atividades de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Possui ainda atualmente 88 laboratórios regionais de prótese dentária. Segundo dados da sala de apoio e gestão do SUS- SAGE houve no ano de 2015 distribuição de 27.307 próteses dentárias.

Dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 2º ciclo apontam ainda que neste Estado 57,3% das equipes de saúde bucal tiveram desempenho mediano e abaixo da média, e deste percentual 15,1 foram desclassificadas (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; BRASIL, 2018a).

Percebe-se através dos dados acima apresentados a fragilidade da rede assistencial e das equipes no que tange a saúde bucal deste Estado, evidencia que sugere o índice valorativo atribuído a evocação “**saúde bucal**” no corpus da Representação.

A evocação “**aleitamento materno**” surge no núcleo central da Representação em quarto lugar com frequência 5,21% acompanhada da evocação saúde da mulher que aparece em terceiro lugar com frequência 6,25%. Em ordem de

evocação o aleitamento materno apresenta menor ordem, o que denota maior preocupação em relação ao aleitamento materno na Representação.

As valorações atribuídas pelos alunos a essas duas evocações estão diretamente interligadas quando se constata que neste Estado que o indicador taxa de mortalidade materna continua muito superior à taxa recomendada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS para o Brasil. No Brasil a recomendação é 35 casos/100 mil nascidos vivos. Neste Estado a taxa subiu de 49,20 para 67,58 óbitos/100 nascidos vivos no período de 1996 a 2015 (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

No 2º quadrante a evocação **“saúde da criança”** reforça e dá sentido à evocação **“aleitamento materno”** enfatizando o grau de importância atribuído pelos alunos ao cuidado neste ciclo de vida.

Evidencia-se que a evocação **“hipertensão”** ocupa 5º lugar no núcleo central na representação com 4,43% de frequência.

O aumento da expectativa de vida, aliado à diminuição da taxa de fecundidade no país contribuiu ao longo do tempo para o aumento da população idosa, fator que demonstrado na pirâmide etária deste Estado. Esse perfil populacional corrobora diretamente para o aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas.

A mortalidade devido a Doenças Hipertensivas é uma consequência da mudança na pirâmide etária do pernambucano. Em 1996 o estado apresentou taxa de 15,60 óbitos/100 mil habitantes com crescimento em 2015 para 24,28 óbitos/100 mil habitantes. Aumento significativo no período.

Nota-se a evocação **“diabetes mellitus”** no quarto quadrante da Representação deste Estado, porém mesmo com menor frequência no quadro esta doença é parte integrante do conjunto das doenças crônicas prevalentes no Estado. Apresentando crescimento de taxa de mortalidade de 20,29 óbitos/100mil habitantes em 1996 para 40,10 óbitos/100mil habitantes em 2015. Praticamente o dobro no período (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, IBGE, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010; RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

Os óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio corroboram para evidência das evocações “assistência à saúde” e “hipertensão” na Representação de Pernambuco, pois verifica-se que a taxa de óbito para este evento apresentou 20,29/100 mil habitantes em 1996 aumentando consideravelmente em 2015 para 60,91 óbitos/100

mil habitantes. Destes óbitos, 55,55% foram do sexo masculino e 44,43% do sexo feminino.

Verifica-se que a taxa de mortalidade por doenças relacionadas ao sistema cardiovascular cresce a cada ano, denotando sério problema de saúde pública no país, evidenciando-se ainda pela taxa de mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis que alcançou em 2015 taxa de 340,36/100 mil.

Desses óbitos em 1996, 194,41/100 mil são por doenças cardiovasculares com leve decréscimo para 167,34/100 em 2015; 82,15/100 mil por neoplasias passando a 108,20/100 em 2015 e por Diabetes Melitus 27,82/100 mil passando a 31,66/100 mil em 2015 (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018). Esses dados representam um aumento significativo na mortalidade por doenças crônicas. Evidenciando-se o corpus da Representação.

No 3º quadrante da periferia com menor frequência, porém com ordem alta de evocação evidencia-se “**gravidez na adolescência**”. Neste Estado, a taxa de fecundidade diminuiu de 3,31 filhos em 1991 para 1,74 filhos em 2016, porém ainda continua alta em relação à média brasileira de 1,69 filhos por mulher em período reprodutivo de 15 a 49 anos. O percentual de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos alcançou em 2016 o percentual de 20,69%. Esse fato denota mais uma vez a consonância dos dados trazidos através da análise da Representação Social e os indicadores de saúde do Estado.

5.2.2 Representações Sociais - Estado do Maranhão

No quadro 04 o Estado do Maranhão o núcleo central da representação traz maior valoração às evocações **Hipertensão arterial (7,25%) e Gravidez (6,78%)**. No primeiro elemento da periferia – 2º quadrante apresenta maior frequência para evocação “**promoção da saúde**” (9,23%).

Quadro 03: Representações por Estado - Estado do Maranhão - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 354). Frequência 4,61 %, ordem 2 e frequência mínima 02.

Núcleo Central			2ª Quadrante (periferia)		
+ + Frequência >= 4.61 / Ordem de evocação < 2			+ - Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
Hipertensão	7.25%	1.21	Promoção da Saúde	9.23%	2.69
			Educação em Saúde	8.85%	2.34
			Atenção Primária em Saúde	8.19%	2.22
Gravidez	6.78%	1.69	Assistência à Saúde	7.25%	2.21
			Estratégias	5,74%	2.38
			Saúde da Criança	4.24%	2.11
3ª Quadrante (periferia)			4ª Quadrante (periferia)		
- + Frequência			- - Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
Diabetes mellitus	3.86%	1.49	Saúde da Família	3.11%	2.45
			Terapêutica	2.45%	2.5
			Diagnostico	2.26%	2.04
Saúde bucal	3.86%	1.73	Saúde do Adolescente	2.17%	2
Aleitamento materno	3.3%	1.49			
Hanseníase	2.07%	1.09			

Fonte: OpenEvoc 0.83

A evocação “**Hipertensão**” evidenciada como primeira no núcleo central com frequência 7,25% e ordem de evocação 1,21 demonstra o caráter valorativo atribuído pelos alunos em seus trabalhos de conclusão de curso.

O grau de valoração apresentado no corpus do núcleo central coaduna com a as taxas de mortalidade por Doenças Hipertensivas neste Estado.

No período de 1996 a 2018 a taxa de mortalidade por doenças hipertensivas aumentou de 4,12% para 25,01 óbitos/100 mil habitantes. Aumento altíssimo no período. Destes óbitos 50,78% foram do sexo masculino e 49,16% do sexo feminino. Em números absolutos no período de 2001 a 2015 o número de óbitos teve crescimento de 359 para 1.716 (BRASIL. SAGE, 2018).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no Maranhão o grupo de doenças que tem maior índice de morbimortalidade são as doenças do aparelho circulatório, com destaque para as doenças hipertensivas.

A evocação “**diabetes mellitus**” aparece na representação deste Estado com frequência menor 3,86%, porém com alta ordem de evocação 1,49.

Verificou-se que a taxa de mortalidade devido a Diabetes Mellitus no neste Estado cresceu exacerbadamente, saindo de 5,09 para 34,20 óbitos/100 mil habitantes no período de 1996 a 2015. A maioria dos óbitos foram em mulheres (52,82%). Tal dado mostra-se em consonância com o apresentado no quadro da Representação.

A evocação “**gravidez**” no núcleo central deste Estado com frequência de 6,78% e ordem de evocação 1,69, evidencia a preocupação coletiva com essa condição crônica.

No Maranhão a taxa de mortalidade materna apresentou no período de 1996 a 2015 taxa de 101,55 e 99,52/100 mil nascidos vivos. A taxa máxima de mortalidade recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para o Brasil foi e 35 óbitos/100 nascidos vivos, em 2011 foram notificados 55,3 óbitos/100 nascidos vivos. No Maranhão nota-se mais que o dobro da taxa de mortalidade estipulada para o país, evidenciando-se grande problema de saúde pública (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018).

Este dado é passível de reflexão uma vez que o crescimento de equipes de saúde da família entre os anos de 2001 a 2017 foi substancial.

De acordo com dados do Ministério da Saúde existiam 5.421 equipes de saúde da família em 2001, apresentando aumento para 39.872 equipes em 2017 (BRASIL-SAGE, 2018). Esses dados promovem indagações a respeito da qualidade do serviço prestado na atenção básica, uma vez que, apesar do crescimento da cobertura populacional os indicadores de saúde ainda continuam baixos. Todo o corpus da Representação Social do Estado demonstra consonância com a necessidade de melhorias de saúde verificadas por meio dos indicadores de saúde.

5.2.3 Representações por Estado – Estado da Bahia

No quadro 04 o Estado da Bahia apresenta no núcleo central as evocações **“Saúde Bucal”** (9,16%) – ocupando primeiro lugar e sequencialmente **“Hipertensão”** (6,96%) e **“Gravidez”** (5,31%). Nos elementos da periferia, apresentou no segundo quadrante com maior frequência a evocação **“educação em saúde”** (9,34%). Nos demais elementos da periferia não foi apresentado frequência de evocação devido a escolha por manter uma proporção de evocações 2, e escolha da metade da frequência de maior evocação para determinação do ponto de corte (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Quadro 04: Representações por Estado – Estado da Bahia - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 182). Frequência 4,67 %, ordem 2 e frequência mínima 02.

Núcleo Central			2ª Quadrante (periferia)		
++ Frequência >= 4.67 / Ordem de evocação < 2			+ - Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
Saúde Bucal	9.16%	1.94	Educação em Saúde	9.34%	2.22
			Promoção da Saúde	8.79%	2.25
			Assistência à Saúde	8.42%	2.02
Hipertensão	6.96%	1.21	Atenção Primária em Saúde	8.06%	2.2
			Estratégias	5.31%	2.07
			Saúde da Família	5.13%	2.39
Gravidez	5.31%	1.62			
3ª Quadrante (periferia)			4ª Quadrante (periferia)		
- + Frequência			-- Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
			Saúde pública	3.3%	2.17
			Saúde do adolescente	2.75%	2.07
			Terapêutica	2.75%	2.4
			Saúde da criança	2.38%	2.08

Fonte: OpenEvoc 0.83

Nota-se a evocação “**Saúde Bucal**” como primeira no nível central da Representação deste Estado. Observa-se na tabela 06 enorme fragilidade em informações no que tange os indicadores de saúde informados pelo Estado via Relatórios Anuais de Gestão.

Na tabela 06 no indicador média de ação coletiva de escovação dental supervisionada no período de 2012 a 2015 nenhuma meta foi alcançada.

No segundo indicador proporção de exodontia em relação aos procedimentos não há informação nos anos de 2012 e 2013, e nos demais anos apenas em 2014 a meta foi alcançada.

Tais resultados demonstram a importância na discussão em relação à situação de saúde bucal neste Estado.

Na Bahia 89,66% da população é SUS dependente. As equipes de saúde bucal estão presentes em 411 dos 417 municípios. Possui uma cobertura populacional de saúde bucal de 55,99% em 2018.

A rede de serviços deste Estado conta com 80 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO distribuídos em 73 municípios e 47 laboratórios regionais de prótese dentária (BRASIL, 2018).

Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde demonstram um crescimento na produção de próteses entre os anos de 2010 e 2015, passando de 6.001 para 29.529 próteses produzidas (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; BRASIL, 2018a). Esse dado sugere o quão alta é a prevalência de exodontia no Estado. Tal fato chama a atenção para os demais problemas relacionados à saúde bucal que por vezes antecedem a exodontia.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010, aponta que na região nordeste 66,1% dos entrevistados com idade de 12 anos referiram morbidade dentária – dor de dente. Essa mesma variável aumenta juntamente a faixa etária – apresentando: de 15 a 19 anos 72,6% e de 35 a 44 anos de 79%. Porém na faixa de 65 a 74 anos o percentual diminuiu para 49,4% - o que sugere um maior percentual de uso de próteses nessa faixa etária.

Dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 2º ciclo apontam que neste Estado 61,8% das equipes de saúde bucal tiveram desempenho mediano e abaixo da média, e deste percentual 15,5% foram desclassificadas (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; BRASIL,

2018a). Observa-se através dos dados apresentados a fragilidade em relação a saúde bucal na atenção básica neste Estado.

Em segundo lugar no corpus da Representação nota-se a evocação **“Hipertensão”** evidenciando o alto índice valorativo dado a este assunto pelos alunos.

Na Bahia, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, em especial as doenças hipertensivas, quase duplicou no período de 1996 a 2015, passando de 13,08 para 23,68 óbitos/ 100 mil habitantes (RELATÓRIOS DINAMICOS, 2018). Trazendo os percentuais para números absolutos, entre os anos de 2001 e 2015 a quantidade de óbitos por doenças hipertensivas aumentou de 1.811 para 3.254 respectivamente (BRASIL, 2018a). Ao analisar o indicador mortalidade por grupo de causas constatou-se que no Estado da Bahia no mesmo período houve um aumento de 13.688 para 9.608 óbitos por doenças do aparelho circulatório, denotando-se a maior causa de mortalidade no que se a este indicador.

Dentre as doenças do aparelho circulatório o Infarto Agudo do Miocárdio apresentou aumento na taxa de óbito de 15,21 para 29,99 óbitos/100 mil habitantes no período de 1996 a 2015.

O fator mortalidade e morbidade por doenças do aparelho circulatório em especial às doenças hipertensivas demonstradas através dos indicadores de saúde deste Estado denotam o índice valorativo atribuído no corpus da Representação.

A evocação **“gravidez”** aparece como 3º elemento do núcleo central, com 5.31% de frequência e 1.62 de ordem, demonstrando também alto nível de valoração a evocação. Na Bahia a taxa de mortalidade materna teve importante crescimento passando de 47,92 para 69,20/100 mil nascidos vivos no período de 1996 a 2015. Representando um aumento de 21,28 óbitos/100 mil nascidos vivos, estatística questionável quando verifica-se o aumento de cobertura de saúde da família no Estado, que passou de 597 a 3.374 equipes entre 2011 e 2017 (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; BRASIL, 2018a).

5.3 Análise Geral dos Estados

Através da análise e construção do quadro de quatro casas, serão apresentadas a seguir a análise prototípica feita através programa Openevoc 0.83 onde as frequências médias das evocações variaram de 2,14% – 8,87.

Quadro 05: Representação Geral dos Estados - Frequência e ordem de evocação dos descritores dos TCC's (N = 719). Frequência 4,43 %, ordem 2 e frequência mínima 02.

Núcleo Central (1º quadrante)			2º Quadrante		
+ + Frequência >= 4.43 / Ordem de evocação < 2			+ - Frequência		
Termo evocado	Frequên Cia	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequên cia	Ordem evoc.
Hipertensão	6.55%	1.23	Educação em Saúde	8.87%	2.28
Saúde Bucal	6.04%	1.87	Promoção da Saúde	8.26%	2.59
Gravidez	5.66%	1.63	Atenção Primária em Saúde	7.57%	2.26
			Assistência à Saúde	7.47%	2.10
			Estratégias	5.8%	2.27
			Saúde da Família	4.55%	2.43
3ª Quadrante			4ª Quadrante		
- + Frequência			- - Frequência		
Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.	Termo evocado	Frequência	Ordem evoc.
Diabetes Melitus	3.06%	1.64	Saúde da Criança	3.95%	2.11
Aleitamento Materno	2.97%	1.45	Saúde do Adolescente	2.23%	2.08
Saúde da Mulher	2.23%	1.6	Terapêutica	2.14%	2.48

Fonte: OpenEvoc 0.83

Nota-se no quadro 05 o nível central formado pelas evocações “**Hipertensão**”, “**Saúde Bucal**” e “**Gravidez**”. Indicando uma menção valorativa para a atenção às doenças e condições crônicas de saúde, com maior grau de importância direcionado à hipertensão e saúde bucal primeiramente.

Verifica-se uma frequência de evocação onde a Hipertensão ocupa o primeiro lugar (6.55%), Saúde Bucal o segundo (6.04%) e Gravidez terceiro (5.66%).

Para melhor compreensão das Representações Sociais dos alunos do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde faz-se necessário a comparação entre as análises lexicográficas das evocações produzidas através dos trabalhos de conclusão de curso – TCC.

Para facilitar a análise, a tabela 02 demonstra o consolidado das frequências das evocações nos núcleos centrais das representações.

Tabela 02: Análise Comparativa das Frequências do Nível Central.

REPRESENTAÇÕES - NÚCLEO CENTRAL							
Representação Geral do Estados		Representação Pernambuco		Representação Maranhão		Representação Bahia	
Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)
Hipertensão	6,55%	Assistência à saúde	6,88%	Hipertensão	7,25%	Saúde Bucal	9,16%
Saúde Bucal	6,04%	Saúde Bucal	6,46%	Gravidez	6,78%	Hipertensão	6,96%
Gravidez	5,66%	Saúde da mulher	6,25%			Gravidez	5,31%
		Aleitamento materno	5,21%				
		Hipertensão	4,38%				
		Gravidez	4,17%				

Fonte: Próprio autor

O quadro 05 demonstra a análise lexicográfica das Representações Sociais dos Estados. Observa-se a evocação “**Hipertensão**” com alto nível de valoração no corpus da Representação. Expressando a significância atribuída a esta doença no contexto social e de trabalho dos alunos.

Nota-se nos na tabela 02 que a palavra se mantém com alto nível de valoração principalmente nos Estados do **Maranhão (7,25%) e Bahia (6,96%)**, apresentando menor nível de valoração no Estado de **Pernambuco (4,38%)**.

Este resultado pode ser explicado devido à alta prevalência de hipertensão no país. (BRASIL, 2018b).

A exemplo, o Estado do Maranhão que teve grande aumento na mortalidade por doenças hipertensivas, 25,01% de óbitos por cem mil habitantes em 2015. Na Bahia a realidade é semelhante, número de óbitos chegou a 23,68% e no Estado de Pernambuco atingiu 24,24 óbitos/100 mil no mesmo ano.

Os índices de mortalidade por doenças hipertensivas cresceram de forma absurda nos três Estados, isso sugere o alto índice valorativo atribuído à evocação “**Hipertensão**” no corpus do quadro 05.

Sabe-se que fatores como aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de fecundidade e transição nutricional são impactantes para o desenvolvimento dessa doença (MENDES, 2012).

Ao analisar o indicador número de óbitos por grupo de causas no Brasil, verifica-se que o aumento da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório

foi gradativo em um período de quatorze anos, 2001- 2015, apresentando 263.414 óbitos em 2001 e 346.685 óbitos respectivamente.

Nos Estados de Pernambuco, Maranhão e Bahia o aumento desta taxa foi gradativo assim como no Brasil, representando respectivamente 29,17% , 65,28% , 30,2% em número de óbitos no mesmo período (BRASIL, 2018a).

Verifica-se no Brasil que indicador mortalidade por grupo de causas teve maior prevalência de mortalidade nas doenças cérebro vasculares. Em segundo, por doenças hipertensivas, apresentando 24.376 mil óbitos em 2001 com aumento significativo em 2015 para 46.561 mil óbitos, um aumento de 47,56% no período.

Semelhante aos dados do país, nota-se nos três Estados maior prevalência de mortalidade por doenças cérebro vasculares, e em seguida por doenças hipertensivas.

O número de óbitos por doenças hipertensivas nos Estados estudados no período de 2001 a 2015 foi respectivamente, em Pernambuco (1.325 – 2.247 óbitos) crescimento de 41,04%, no Maranhão (359 – 1.716 óbitos) representando 79,08% de crescimento e na Bahia (1.811 – 3.254 óbitos) representando 44,35% de crescimento (BRASIL, 2018a). Observa-se que o Maranhão apresenta maior crescimento no número de óbitos por doenças hipertensivas no período.

O Estado de Pernambuco apresentou menor índice de crescimento no que se refere aos óbitos por doenças hipertensivas e doenças do aparelho circulatório, fato que pode justificar o menor índice valorativo atribuído no corpus do núcleo central da Representação deste Estado quando comparado aos demais.

Ainda no quadro 05 observa-se **“saúde bucal”** como segunda evocação com maior nível de valoração no núcleo central, exceto no Estado do Maranhão quadro 03 que apresentou no nível central as evocações **“Hipertensão” e “Gravidez”**.

A saúde bucal teve uma importante frequência no núcleo central, aparecendo tanto análise Geral dos Estados como na análise por Estado.

A saúde bucal enquanto política de saúde no Brasil durante muitos anos manteve-se de forma paralela aos demais serviços de saúde e somente no ano de 2004 foi instituída enquanto política através das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que norteava a organização da saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica (2006) trouxe à tona a necessidade de atenção a esse eixo, apontando dois indicadores principais para acompanhamento

e avaliação da saúde bucal da população, a cobertura de ação odontológica e cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada. Além desses, mais dois indicadores complementares foram inseridos, a Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Após o estabelecimento da Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal outras importantes ações foram implantadas no intuito de diminuir a incidência e prevalência de agravos, um exemplo delas, a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico no SUS. Porém, estratégias como a de fluoretação da água ainda não são uma realidade de todos os municípios da federação (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O surgimento da estratégia saúde da família e da estratégia saúde bucal, possibilitou a adoção de ações com maior capilaridade nos municípios do Brasil, e através do Programa Brasil Sorridente foi possível a expansão desses serviços (ANTUNES E NARVAI, 2010).

O Programa Brasil Sorridente propõem-se a atuar em todos os níveis de assistência, na reorganização da atenção básica em saúde bucal e principalmente na implantação de estratégia saúde bucal nas ESF's, além de ampliação e qualificação da atenção especializada e hospitalar (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

De acordo com o histórico de cobertura de saúde bucal no país, em julho de 2007 a cobertura no Brasil era de 23,14% passando a 52,18% até junho de 2018. Esse percentual representa crescimento menor quando comparado ao das equipes de estratégia saúde da família – ESF e de Agentes Comunitários de Saúde.

Ao verificar a cobertura populacional de saúde bucal nos Estados estudados, constatou-se que a cobertura no ano de 2007 em Pernambuco era de 33,34%, no Maranhão 38,54% e na Bahia 27,83%, havendo aumento no ano de 2018 em Pernambuco para 63,26%, no Maranhão para 66,92% e na Bahia para 61,43% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica proporcionou a universalização da assistência à saúde bucal resultando em aumento significativo nas ações, possibilitando desnudar em parte o cenário da saúde bucal no país.

A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013) aponta alguns indicadores de importantes para análise da saúde bucal nos três Estados em estudo. De acordo com dados dessa pesquisa (IBGE, 2018);

- No Estado de Pernambuco – 33,9% da população usava algum tipo de prótese dentária, 37,6% usavam escova dental, pasta de dente e fio dental para limpeza dos dentes e 25,8% tinham perdido 13 ou mais dentes.
- No Estado do Maranhão - 24,9% da população referiu usar algum tipo de prótese dentária, 31,0% referiu usar escova dental, pasta de dente e fio dental para limpeza dos dentes e 23,6% referiu ter perdido 13 ou mais dentes.
- No Estado da Bahia - 29,0% da população usava algum tipo de prótese dentária, 42,9% usavam escova dental, pasta de dente e fio dental para limpeza dos dentes e 23,6% tinham perdido 13 ou mais dentes.

Os dados acima mostram que apesar do crescimento da cobertura populacional, ainda há uma enorme incidência de problemas relacionados à saúde bucal. Entre os Estados, Pernambuco se destaca com maior percentual de prótese dentária e de perda de dentes, em seguida a Bahia e por terceiro o Maranhão.

No Brasil a cobertura populacional de saúde bucal saiu de 15% no ano de 2002 para 37% no ano de 2016. Crescimento ainda insuficiente para atender a demanda do país.

Nos Estados do Maranhão, Bahia e Pernambuco a cobertura populacional no mesmo período foi respectivamente: Maranhão – (16% - 55%); Bahia – (10% - 45%);Pernambuco – (20% - 53%) (BRASIL, 2018a).

Nota-se nos dados dispostos nos Relatórios Anuais de Gestão dos Estados, tabelas 04, 05 e 06 que no período de 2012 à 2015 os indicadores cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal, média de ação coletiva de escovação dental supervisionada e proporção de exodontia em relação aos procedimentos apresentaram:

- Pernambuco – Indicador 01 - Atingiu as metas propostas em 2012 e 2013. Indicador 02 - Atingiu as metas propostas em 2015, porém com redução de meta proposta nos anos anteriores. Indicador 03 - Atingiu meta apenas em 2014.
- Maranhão – Indicador 01 e 02 - Atingiu as metas propostas apenas em 2014. Indicador 03 - Atingiu as metas propostas em 2014 e 2015.
- Bahia – Não atingiu meta em nenhum dos indicadores no período.

Sugere-se através dos dados acima dispostos o nível valorativo atribuído à evocação “**saúde bucal**” no nível central das representações.

Atribui-se ainda a alta frequência da evocação “**saúde bucal**”, ao número insuficiente de equipes de saúde bucal nos estados estudados, além da falta de atendimento especializado e fragilidade na rede de serviços de saúde, fato que contribui para o aumento na incidência de eventos agudos.

Supõem-se que na falta do profissional dentista e de estrutura adequada para atendimento a eventos agudos, os usuários têm primeiro atendimento feito por enfermeiros e médicos, em geral para tratamento de dor. O que denota o alto nível de valoração dado no corpus da representação possivelmente atribuído por outros profissionais que não o dentista.

Segundo dados da pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010) na população brasileira, das pessoas de 15 a 19 anos apenas 23,9% não possuem cárie, sendo que esse percentual diminui de acordo com a idade – pessoas de 35 a 44 anos (0,9%) e de 65 a 74 anos (0,2%) somente estão livres de cárie.

Dados desse estudo demonstram que a proporção de dentes cariados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto os dentes restaurados são maiores nas regiões Sudeste e Sul, além disso nas regiões Norte e Nordeste há média mais alta de dentes cariados e perdidos quando comparadas a outras regiões brasileiras.

Como terceiro elemento mais evidente quadro 05 nota-se a palavra “**gravidez**”, com frequência de 5,66%. Nos Estados essa evocação apresentou 4,17% de frequência em Pernambuco, 6,78% no Maranhão e 5,31% na Bahia. Desse modo, observa-se maior nível de valoração na comparação entre os Estados, o Maranhão.

A redução da taxa de fecundidade brasileira teve queda crescente no período 1991 a 2016 e essa realidade não foi diferente nos estados em estudo.

Aliado ao decréscimo nas taxas de fecundidade, temos um crescente aumento no índice de escolaridade das mulheres, além de incremento nos programas de governo que estimularam o planejamento familiar através do programa estratégia saúde da família. Porém, apesar de todas as ações para promoção de saúde relacionadas ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério os problemas relacionados à gestação ainda são bastante incidentes (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A taxa de fecundidade apesar de ter diminuído nos Estados ainda continua alta quando comparada à média nacional. Enquanto em 2016 no Brasil a taxa de fecundidade era de 1,69, nos Estados do Maranhão, Bahia e Pernambuco era respectivamente 2,12%, 1,71 e 1,74%. Como pode-se observar, o Maranhão apresenta maior taxa entre os Estados (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018) .

A palavra “**gravidez**” evidencia a preocupação coletiva com este ciclo, onde nele estão fases importantes como a assistência pré-natal, parto e puerpério. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Mulher em interface com a Rede Cegonha estabelece diretrizes básicas com ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde dessa população, devendo ser executada de forma articulada de modo a promover interface com as redes de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Segundo estudo, quase totalidade das gestantes brasileiras fazem pelo menos uma consulta pré-natal e a proporção que realizou seis ou mais consultas foi de 73% em 2012, sendo esse percentual menor em mulheres de nível econômico baixo, nas mais jovens e naquelas menos escolarizadas (GUIMARÃES et al., 2018). De acordo com tabela 05 no período 2012 a 2015, o Maranhão não alcançou nenhuma meta estabelecida para esse indicador.

De antemão, esses dados apontam uma enorme fragilidade na assistência à saúde da gestante, e coloca um importante contraponto – uma cobertura de saúde da família alta e crescente ao longo dos anos não representa garantia de qualidade na assistência.

O alto nível valorativo atribuído à evocação “**gravidez**” no corpus do núcleo central das Representações traz consigo a gama de sentidos que esta palavra agrega, traduzindo-se em um “**grito coletivo**” para a sociedade e governantes voltarem suas atenções para a saúde da gestante.

Verifica-se ainda no quadro 05, que na periferia das Representações destacam-se inicialmente no 2º quadrante, as palavras “**educação em saúde**”, “**promoção de saúde**” e “**atenção primária**”.

Para facilitar a análise, a tabela 03 demonstra o consolidado das frequências das evocações do sistema periférico das representações.

Tabela 03: Análise Comparativa das Frequências do Sistema Periférico.

SISTEMAS PERIFÉRICOS DAS REPRESENTAÇÕES							
Representação Geral do Estados		Representação Pernambuco		Representação Maranhão		Representação Bahia	
2º Quadrante		2º Quadrante		2º Quadrante		2º Quadrante	
Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)
Educação em Saúde	8,87%	Assistência à Saúde	6.88%	Promoção da Saúde	9.23%	Educação em Saúde	9.34%
Promoção da Saúde	8,26%	Saúde Bucal	6.46%	Educação em Saúde	8.85%	Promoção da Saúde	8.79%
Atenção Primária	7,57%	Saúde da Mulher	6.25%	Atenção Primária	8.19%	Assistência à Saúde	8.42%
Assitência à Saúde	7,47%	Aleitamento Materno	5.21%	Assistência Saúde	7.25%	Atenção Primária	8.06%
Estratégias	5.8%	Hipertensão	4.38%	Estratégias	5.74%	Estratégias	5.31%
Saúde da Família	4.55%	Gravidez	4.17%	Saúde da Criança	4.24%	Saúde da Família	5.31%
3º Quadrante		3º Quadrante		3º Quadrante		3º Quadrante	
Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)
Diabetes Mellitus	3.06%	Gravidez na Adolesc.	2.5%	Diabetes Melitus	3.86%	-	
Aleitamento Materno	2.97%			Saúde Bucal	3.86%		
Saúde da Mulher	2.23%			Aleitamento Materno	3.3%		
				Hanseníase	2.07%		
4º Quadrante		4º Quadrante		4º Quadrante		4º Quadrante	
Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)	Evoc.	Freq.(%)
Saúde da Criança	3.95%	Enfermagem	2.71%	Saúde da Família	3.11%	Saúde Pública	3.3%
Saúde do Adolescente	2.23%	Diabetes Melitus	2.71%	Terapêutica	2.45%	Saúde do Adolesc.	2.75%
Terapêutica	2.14%	Saúde Pública	2.29%	Diagnóstico	2.26%	Terapêutica	2.75%
		Saúde do Adolescente	2.08%	Saúde do Adolesc.	2.17%	Saúde da Criança	2.38%

Fonte: Próprio Autor

A educação em saúde é uma prática transversal que proporciona articulação em todos os níveis do SUS. Representa dispositivo essencial para a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2018).

Compreendendo que o campo da “**promoção da saúde**” engloba fatores condicionantes e determinantes de saúde necessários para o alcance de maior qualidade de vida, faz sentido a interface desta evocação com as evocações

“hipertensão, saúde bucal e gravidez” dispostas no nível central da representação geral dos estados.

Sendo o sistema periférico estrutural em relação ao nível central, nota-se que os alunos associaram estratégias de **“educação em saúde”, “promoção de saúde” e “assistência à saúde”** como potenciais transformadores da realidade do território estudado.

Analisando os terceiros quadrantes das representações da tabela 03, nota-se maior frequência nas evocações **“diabetes melitus”, “gravidez na adolescência” e “saúde bucal”**. Isso traz novamente à tona a discussão sobre gravidez com recorte para a gravidez na adolescência. A evocação **“saúde bucal”** surge novamente indicando a importância atribuída no contexto geral das representações, pois aparece em vários quadrantes.

A evocação **“diabetes melitus”**, nestes quadrantes sugere que as evocações **“hipertensão, saúde bucal e gravidez”** no nível central do quadro 05 expressa a necessidade de atenção à hipertensos-diabéticos, a diabéticos que necessitam de serviços específicos de saúde bucal e à diabetes gestacional. Demonstrando o contexto de saúde dos Estados de Pernambuco, Maranhão e Bahia através da ótica dos alunos.

Esta pesquisa sugere através de análise prototípica e comparação entre as evocações que os problemas de saúde mais prevalentes nessas áreas são doenças relacionadas à Hipertensão, Saúde Bucal e Gravidez.

Uma fragilidade apontada neste trabalho é dificuldade de caracterização numérica das categorias profissionais dos estudantes que desenvolveram os trabalhos de conclusão de curso - TCC

Estudos similares a este devem ser realizados objetivando o conhecimento das expressões do coletivo, buscando adentrar na natureza empírica do pensamento humano, no intuito de melhor compreender o contexto social dos grupos, organizações, comunidades e sociedades. Através do conhecimento dessas realidades expressas por meio das Representações Sociais pode ser possível ações e políticas de saúde mais efetivas e de acordo com problemas reais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do contexto de saúde dos territórios através da ótica dos alunos foi possível devido a escolha metodológica para este trabalho. Ao longo do desenvolvimento e análise dos dados foi possível estudar as Representações Sociais dos alunos inseridos no Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB que cursaram a Especialização em Atenção Básica em Saúde da UNASUS/UFMA.

Através de análise prototípica dos descritores dos trabalhos de conclusão de curso -TCC e da comparação das frequências das evocações entre os Estados nota-se a consonância entre as frequências das evocações e os indicadores de saúde dos Estados. Demonstrando o quão acertada foi escolha pedagógica da UNASUS/UFMA em desenvolver trabalhos de conclusão de curso no formato de planos de ação.

O modelo Plano de Ação como proposta pedagógica para avaliação final e conclusão do curso, mostrou-se extremamente alinhado à proposta da Política Nacional de Educação Permanente, a qual deve induzir a reflexão dos problemas do cotidiano e nele buscar soluções para resolvê-los.

Os objetivos foram alcançados e os resultados evidenciaram através da análise das evocações e comparação das frequências que este modelo de TCC é o mais indicado para alunos trabalhadores e realmente reflete a realidade vivida.

8. REFERENCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A abordagem estrutural das Representações Sociais. **Revista Psicologia da Educação**, v. 14, n. 15, p. 17–37, 2005.

ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, ANTONIA SILVA PAREDES MOREIRA; OLIVEIRA, D. C. (ORGS. . (Ed.). . **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiania: [s.n.]. p. 27–38.

ABRIC, J.-C. L’approche structurale des représentations sociales : Développements récents. **Psychologie & Société**, v. 4, p. 81–103, 2001.

ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 257–267, 2000.

ALVES-MAZZOTTI, A. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Múltiplas Leituras**, v. 1, n. 1, p. 18–43, 2008.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: aspectos teóricos e aplicações à Educação. **Em Aberto**, n. 61, p. 60–78, 1994.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saude Publica**, 2010.

ARAÚJO, C. DE A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: Perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1217–1228, 2017.

AUSUBEL, D. P. . **Aprendizagem significativa: A teoria de Ausubel**. São Paulo: [s.n.].

BARROS, I. **A Importância da Estratégia de Saúde da Família**: contexto histórico TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS. 2014.

BEHAR ALEJANDRA, P. **Competências em Educação à Distância**. 01. ed. Porto Alegre: [s.n.].

BENDER, W. N. **Aprendizagem Baseada em projetos – educação diferenciada para o século xxi**. PENSO ed. [s.l: s.n.].

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem basEADa em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, 1998.

BIREME / PAHO / WHO. **Health Sciences Descriptors: DeCS [Internet]**.

BOROCHOVICIUS, ELI; TORTELLA, J. C. B. Aprendizagem BasEADa em Problemas: Um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Avaliação Púliticas Públicas e Educação**, 2014.

BRASIL. MS. SGTES. **POLÍTICA DE ACESSO ABERTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**. Brasília - DF, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/static/files/Politica de Acesso Aberto UNASUS.pdf>>

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família** no Brasil Brasília, 2010. 144 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, IBGE, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO, F. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. [s.l.: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, D. DE A. B. **MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidades Geográficas: BRASIL Período: Dezembro de 2017 à Janeiro de 2018**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Secretaria de Políticas de Saúde**, v. III, p. 44, 2000.

BRASIL. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. **Ministério da Saúde**, v. 01, p. 114, 2001a.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1996.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica 8.080/90**, 1990.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOB - SUS 1996 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS de 06 de novembro de 1996** Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, M. D. S. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final** 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>

BRASIL, M. D. S. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica; 17) ISBN 85-334-1228-2.

BRASIL, M. DA E. **Notas Estatísticas - Censo da Educação Superior 2015**. Brasília - DF: [s.n.]. Disponível em: <www.inep.gov.br>.

BRASIL, M. DA S. **Decreto nº 62.927, de 28 de Junho**. Brasília- DF, 1968.
Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62927-28-junho-1968-404732-publicacaooriginal-1-pe.html>>

BRASIL, M. DA S. **Decreto nº 84.219** Brasil, 1979. Disponível em:
<www2.camara.leg.br>

BRASIL, M. DA S. **Decreto 3745**. Brasil, 2001b.

BRASIL, M. DA S. Decreto 7.508/2011. p. 1–26, 2011.

BRASIL, M. DA S. **Sala de apoio à Gestão Estratégica do SUS – SAGE**.
Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 3 mar. 2018a.

BRASIL, M. DA S. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica - Ministério da Saúde**.
Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>.

BRASIL, P. DA R. DO B.-C. C. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nº 9.394** Brasil, 1996.

BRASIL, P. DA R. DO B.-C. C. **Decreto 5.622 - regulamenta o artigo 80 da lei 9.394/96**, 2005.

BRASIL, P. DA R. DO B.-C. C. **DECRETO Nº 7.385, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2010.**, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7385.htm>

BRASIL, P. DA R. DO B.-C. C. **Decreto nº 9.057 de 25 de maio de 2017**, 2017.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino e Aprendizagem**. Editora Vozes. 30 ed - Petrópolis - RJ. ISBN - 978-85-326-0154-4.

CABECINHAS, R. Investigar Representações Sociais: metodologias e níveis de análise. **Cultura: Metodologias e Investigação**, p. 51–66, 2009.

CAMPOS, GWS GUTIÉRREZ, AC GUERRERO, AVP CUNHA, G. Reflexões Sobre a Atenção Básica E a Estratégia De Saúde Da Família. p. 1–14, 2002.

CAMPOS, F. . ET AL. **Experiencias Exitosas da Rede UNASUS - Trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil**. EDUFMA ed. São Luis: [s.n.].

CARDOSO, M. L. DE M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489–1500, 2017.

CHIORO, A. et al. Cenário Epidemiológico Do Brasil. **Revista Saúde Amanhã - Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde**, n. 17, 2015.

CIVIL, P. DA R. DO B.-C. **DECRETO Nº 7.385, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2010.**, 2010.

DA SILVA, S. E. D. et al. A teoria das Representações Sociais sob a ótica das pesquisas de enfermagem no Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 272, 2017.

Declaração-Alma-Ata.pdf. Alma Ata, 1978.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529–532, 2012.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; DE ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: Representações Sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saude e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 620–626, 2009.

ELZA MONIER, F. G. et al. **Monitoring System to help an e-learning institution to manage tutors and student's data retrieved from Moodle**. 2017. **Anais...New Zealand: 25 International Conference on Computers in Education**, 2017

ESCURI, G. et al. Revista Poli Educação, Saúde e Trabalho. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 2017.

FEOFILOFF, P.; KOHAYAKAWA, Y.; WAKABAYASHI, Y. Uma Introdução Sucinta à Teoria dos Grafos.

<http://www.ime.usp.br/~pf/teoriadosgrafos/texto/TeoriaDosGrafos.pdf>, p. 61, 2011.

FERREIRA, S. R. S.; BRUM, J. L. R. As Representações Sociais E Suas Contribuições No Campo Da Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. Nº especial, p. 5–14, 2000.

FREIRE, P. Educação “bancária” e educação problematizadora. In: PATTO, M. H. S. (Ed.). **Introdução à psicologia escolar**. Casa do Ps ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FREITAS, M. A. O. ET. AL. Aprendizagem Significativa e Andragogia na Formação Continuada de Profissionais de Saúde. **Escola Paulista de Enfermagem**, v. 2, p. 01-20, 2016.

GHILARDI, R. D. P. S. **APRENDIZAGEM NA MODALIDADE SEMIPRESENCIAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE LICENCIATURAS**.

2018Disponível em:

<<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/164b8366520d468a?projector=1&messagePartId=0.9>>

GOMES, K. DE O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as Representações Sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde^ipt; Primary health care - the “apple of the eye” of SUS: about social representations of the protagonists of the Unified H. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 16, p. 881–892, 2011a.

GOMES, K. DE O. et al. **Atenção Primária à Saúde - a menina dos olhos do SUS: sobre as Representações Sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde**. Revista Ciencias e Saúde Coletiva, 2011b. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S1413-81232011000700020>

GRYSCHEK, A. L. et al. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, 2000.

GUIMARÃES, WILDERI SIDNEY GONÇALVES; PARENTE, ROSANA CRISTINA PEREIRA; GUIMARÃES, THAYANNE LOUZADA FERREIRA; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, 2018.

HENRIQUE et al. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 881–892, 2011.

IBGE, 2018. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>>.

JODELET, D.; MAZZOTTI, T. B. Representações Sociais: um Domínio em Expansão. **Les Representations Sociales**, p. 21, 1989.

JODELET, D.; MOSCOVICI, P. D. S. Folies et représentations sociales. **Presses universitaires de France**, p. 398, 1989.

JUNIOR CASTRO, EURIDES FLORIANO ET. AL, 2015. Usabilidade e experiência do usuário: uma contribuição metodológica da UNASUS/UFMA. In: GUSMÃO, C. M. G. (Ed.). **II Relato de experiências em tecnologias educacionais do Sistema UNASUS 2015**. Pernambuco: [s.n.].

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de Representações Sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 50–62, 2009.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface: Communication, Health, Education**, 2017.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro - Tese, Doutor em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva - IMS/UERJ. p. 264, 2007.

MARGARIDA DE CASTRO CRUSOÉ, N. A teoria das Representações Sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **APRENDER - Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação - Vitória da Conquista**, v. 2, n. 2, p. 105–114, 2004.

MARIA, F. et al. **A Educação a Distância na Qualificação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde**: Metaestudo. p. 849–870, 2016.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de Representações Sociais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, p. 358–375, 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2.

MERHY, E. E.; ANA, R. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface -Comunic**, v. 169, n. 16, p. 161–77161, 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, B. **Diário Oficial da União- PORTARIA INTERMINISTERIAL N. 10, DE 11 DE JULHO DE 2013**, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/leila/Downloads/UNASUS_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_10_regulamenta_UNASUS_P1_06-07-16.pdf>

MINISTÉRIO DA SAUDE, B. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**PORTARIA Nº 2436, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, D. DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília - DF: [s.n.].

MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **Abcs Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 263–269, 2015.

MOSCOVICI, S. Modernité, société vécues et sociétés conçues. **Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine - Colloque de Cerisy**, 1993.

NETTO, J. J. M. et. al., Contribuições do Projeto de Intervenção como ferramenta educativa no Programa Mais Médicos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, p. 75–9, 2016.

NIELSEN IBOPE. **Brasileiros com internet no smartphone já são mais de 70 milhões.** Disponível em: <http://www.nielsen.com/br/pt/press-room/2015/Brasileiros-com-internet-no-smartphone-ja-sao-mais-de-70-milhoes.html>. Acesso em: 26 abril. 2018.

OLIVEIRA, A. E. F. et. al., **Manual para Organização de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.** EDUFMA ed. São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, 2015.

OLIVEIRA, C. M. G. et al. **Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS.** Ed. Univer ed. Pernambuco, 2014

OLIVEIRA, D. C. DE. Pontuando idéias sobre o desenvolvimento metodológico das Representações Sociais nas pesquisas brasileiras. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, v. 58, n. 1, p. 86–90, 2005.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**. 1ª ed. Rio de Janeiro: 2010, 2008.

PAULA, A. et al. A teoria das Representações Sociais como referencial teórico-. 2017.

PEREIRA, C. Análise de dados qualitativos aplicados às Representações Sociais. **Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 177–204, 2014.

Portaria GM/MS 198. v. Portaria 1, 2004.

RAUDSEPP, M. Why is it so difficult to understand the theory of social representations? **Culture and Psychology**, v. 11, n. 4, p. 455–468, 2005.

RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2018. **Relatórios Dinâmicos - Monitoramento de Indicadores**. Disponível em: <rd.portalods.com.br/relatorios/9/erradicacao-da-pobreza/BRA002026/pernambuco>.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.

RUMMLER, G. Fontes teóricas sobre representações sociais: Um perfil bibliométrico de textos citados em periódicos científicos nacionais da área de Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 11, n. 23, p. 637–646, 2007.

SÁ, C. P. DE. Representações Sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas em Psicologia**, v. 4, n. 3, p. 19–33, 1996.

SANTORO, F. M.; BORGES, M. R. S.; SANTOS, N. Um Modelo de Cooperação para Aprendizagem Baseada em Projetos com Foco no Processo Cooperativo e Workflow. **Brazilian Symposium on Computers in Education (Simpósio Brasileiro de Informática na Educação - SBIE)**, v. 1, n. 1, p. 358–367, 2002.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47–74, 2001.

SCHEFFER M. **Demografia Médica no Brasil**, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SILVA, A. DAS N. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EAD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1099–1107, 2015.

SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br>>. acesso em: março de 2018.

SOUZA RR. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de

governo. p. 101, 2002.

SPEZIA, C. H.; MARIA, C. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [s.l: s.n.].

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994.

UNASUS, B. **Conheça a UNASUS**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/institucional>>. acesso em: abril de 2018.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. **Saude soc. [online]**. **1993**, vol.2, n.1, pp.121-122. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901993000100010>.

VENDRUSCOLO, C. et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: Relato de experiência. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, v. 45, n. 405, p. 203–209, 1992.

VERGÈS, P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. **Revue française de sociologie**, p. 537–561, 2001.

VIGITEL BRASIL 2017 inear capital r região UF Tend . linear UF Tend . linear Bras. [s.l: s.n.].

VOELKLEIN, C.; HOWARTH, C. **A review of controversies about social representations theory: A British debate** *Culture and Psychology*, 2005.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 521–526, 2011.

WOLTER, R. P.; WACHELKE, J.; NAIFF, D. A abordagem estrutural das Representações Sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 1139–1152, 2016.

10 - ANEXO - Parecer Comitê de Ética Em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA A PRODUÇÃO DE OBJETOS DE APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO EM EAD PARA OS PROFISSIONAIS DO SUS: estudo exploratório sobre ensino e aprendizagem em cursos ofertados aos profissionais de saúde na modalidade EaD

Pesquisador: Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 31777114.0.0000.5088

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 715.841

Data da Relatoria: 18/07/2014

Apresentação do Projeto:

A Educação a Distância, através do uso de ferramentas online e cada vez mais utilizada no ensino superior e pode ser uma estratégia útil, atrativa e com boa relação custo benefício e assim tornar-se uma forma eficiente de aprendizagem. Alguns estudos tem demonstrado que em relação aos conhecimentos adquiridos, cursos de Educação a Distância apresentam resultados semelhantes e até superiores quando comparados aos cursos presenciais. Os resultados de aprendizagem somados à satisfação dos alunos são utilizados como critérios para verificar a efetividade dos cursos a distância. Estudo será realizado com os alunos regularmente matriculados no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família na modalidade de Educação a Distância (EaD), Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UnA-SUS/UFMA). A satisfação do usuário será investigada através da utilização de questionários modificados da literatura com questões acerca do conteúdo oferecido, da função do tutor, da estrutura do curso, da interação do aluno e da utilização do livro online. Os questionários estarão disponíveis no próprio Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Os escores serão estabelecidos de acordo com a escala Likert: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = concordo mais ou menos, 4 = Concordo, 5 = concordo totalmente. Para identificar o perfil do estudante será investigado o gênero, idade,



Continuação do Parecer: 715.641

formação profissional, estado civil e situação de conclusão do curso. As variáveis relacionadas ao acesso aos elementos de aprendizagem serão resgatadas do ambiente virtual de aprendizagem (AVA): número de acesso aos fóruns, questionários, livros online, vídeos, radionovelas, atividades avaliativas e quaisquer outros elementos de aprendizagem que possam ser utilizadas durante o Curso. A coleta de dados está proposta para Julho/14 a dezembro de 15. Os dados, depois de coletados, serão sumarizados através de frequência absoluta, percentuais, média e desvio-padrão. A medida Odds Ratio (OR) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% serão utilizados para estimar a associação entre as variáveis. Os dados serão tabulados na planilha eletrônica Excel (versão 2010) e posteriormente analisados através do software estatístico SPSS (versão 18). As variáveis categóricas serão analisadas através do Teste Qui-quadrado convencional. Para a análise multivariada, será construído um modelo de regressão logística, considerando as variáveis com valor de p menor que 10% na análise univariada. O nível de significância adotado será de 5%. ($p < 0,05$). O estudo será financiado com apoio de recursos do termo de cooperação firmado entre a Universidade Federal do Maranhão, Ministério da Saúde por meio do contrato 003.005.017/2012, conforme documento anexado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os objetos de aprendizagem e inovação em EaD para os profissionais do SUS utilizados pela UnASUS/ UFMA, investigando a satisfação dos alunos com o conteúdo programático, estratégias de ensino e desempenho dos tutores, bem como identificando o padrão de acesso dos alunos no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são referidos como relacionados às recordações experiências ou situações vividas que podem causar sofrimento psíquico e/ou a exposição das informações. Além disso, por se tratar de uma pesquisa "on line", é possível o risco de falhas técnicas decorrentes dessa modalidade de coleta de dados (problemas de sistema; indisponibilidade provisória das páginas; perda das informações e necessidade de reinserção dos dados). No entanto, os pesquisadores buscarão continuamente minimizar os possíveis riscos relacionados à resposta do questionário e asseguram o sigilo de dados de identificação dos sujeitos da pesquisa. Quanto aos benefícios refere maior qualidade nos recursos educacionais e a consequente maior probabilidade de conclusão dos cursos pelos alunos além do apoio às equipes técnico-pedagógicas, o qual fornecerá base aos órgãos de fomento à educação a distância.



Continuação do Parecer: 715.841

Estudo relevante pela possibilidade de avaliação da aprendizagem somados a satisfação dos alunos e a efetividade para verificar a efetividade dos cursos a distância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa, orçamento e currículo do(s) pesquisador(es). Atende portanto às exigências da Resolução CNS 466/12 e suas complementares.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende portanto às exigências da Resolução CNS 466/12 e suas complementares sendo portanto considerado Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.