

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELAINEY DE ALBUQUERQUE TENÓRIO PEREIRA

**CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAR A SATISFAÇÃO COM A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
(IAEPS-ESF)**

**Maceió
2019**

ELAINEY DE ALBUQUERQUE TENÓRIO PEREIRA

**CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAR A SATISFAÇÃO COM A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
(IAEPS-ESF)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr.^a Sabrina Joany Felizardo
Neves

Maceió

2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

- P436c Pereira, Elaine de Albuquerque Tenório.
Confiabilidade de instrumento para avaliar a satisfação com a educação permanente em saúde na estratégia saúde da família (IAEPS-ESF) / Elaine de Albuquerque Tenório Pereira. – 2019.
94 f. : il.
- Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2019.
- Bibliografia: f. 71-78.
Apêndices: f. 79-80.
Anexos: 81-94.
1. Atenção primária à saúde. 2. Profissional da saúde – Educação permanente. 3. Estratégia Saúde da Família – Estudos de validação. I. Título.

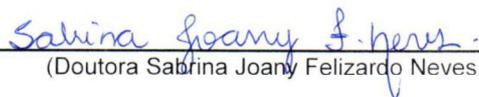
CDU: 616-083: 614.253.8

Folha de Aprovação

AUTORA: ELAINEY DE ALBUQUERQUE TENÓRIO PEREIRA

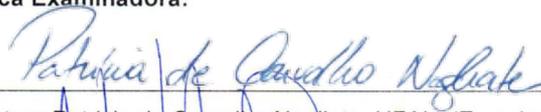
(Confiabilidade de Instrumento para Avaliar a Satisfação com a Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família (IAEPS-ESF) / Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normalizada e de uso obrigatório)

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, aprovada em 13 de novembro de 2018.

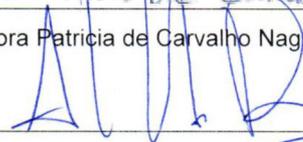


(Doutora Sabrina Joany Felizardo Neves, UFAL) (Orientadora)

Banca Examinadora:



(Doutora Patrícia de Carvalho Nagliate, UFAL) (Examinadora Interna)



(Doutor Alfredo Dias de Oliveira Filho, UFAL) (Examinador Interno)

Aos meus pais, que muito me ensinam sobre ser forte e perseverante.

À minha família, pela ausência...

À Elisa, meu presente de vida, alegria, esperança e amor.

Ao meu amado Thales, por suas palavras doces, carinho e paciência.

*A todos que acreditam em uma saúde pública produtora de vidas autônomas,
dignas e plenas.*

AGRADECIMENTOS

Às professoras Dr.^a Débora de Souza Santos e Dr.^a Sabrina Joany Felizardo Neves, por confiarem a mim a missão de desenvolver este estudo, pela orientação teórico-metodológica e por todo o apoio, carinho, paciência e palavras amigas.

Ao CIES-AL, nas pessoas de Tereza Cristina Carvalho dos Santos e Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros, pela confiança e todo o suporte para o desenvolvimento deste estudo, articulando parcerias significativas junto à Secretaria Municipal de Saúde e às equipes de ESF no município de Maceió (AL).

À Coordenação de Atenção Básica, na pessoa de Ednalva Maria Araújo Silva, por todo o suporte para o desenvolvimento do estudo.

Aos coordenadores dos Distritos Sanitários de Saúde de Maceió, pela receptividade, pelo esforço e articulação para a coleta de dados.

Aos estudantes do PPSUS, por todo o apoio, esforço e dedicação para a coleta de dados e a consolidação do banco de dados, agora refletidos na qualidade das informações deste trabalho.

Aos profissionais da ESF, pelo valoroso tempo despendido na participação desta pesquisa, pelo apoio e confiança neste estudo.

À turma de Mestrado “Os Dasein Atípicos”, pelas risadas e por tornar essa jornada em busca do conhecimento mais leve de ser percorrida.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à promoção da saúde por meio da atuação de equipes multiprofissionais na melhoria dos determinantes e condicionantes de saúde. A Educação Permanente em Saúde (EPS) na ESF tem como objetivo aprimorar o processo de qualificação dos profissionais e das práticas em saúde, aproximando o saber do fazer cotidiano, com vistas a alcançar a melhoria do acesso e da qualidade da AB, consolidando-a como reorientadora do Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. A ESF necessita de instrumentos confiáveis para avaliar a satisfação dos profissionais com a EPS. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi determinar a confiabilidade do instrumento psicométrico de avaliação de satisfação da EPS na Estratégia Saúde da Família (IAEPS-ESF). Trata-se de um estudo metodológico com delineamento transversal e análise quantitativa realizado no município de Maceió (AL). Aplicou-se o IAEPS-ESF aos profissionais das equipes de ESF no período de maio de 2017 a março de 2018. O IAEPS-ESF foi elaborado pela equipe da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do estado de Alagoas com base no instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde – AMAQ – AB. Os dados foram consolidados em formulário *on line* (Formulários Google), obtendo-se o banco de dados em Tabela Excel. Foram analisados no *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) for Windows versão 22 (SPSS Inc; Chicago, IL, USA). A amostra foi constituída de 304 profissionais da ESF sorteados aleatoriamente e proporcionalmente nos oito Distritos Sanitários do Município de Maceió (AL). O IAEPS-ESF apresentou um bom padrão de consistência interna, com o valor geral de 0,876 para o alfa de Cronbach, estando validada a sua confiabilidade. Recomenda-se a modificação do item “As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários” na subdimensão 3 – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção à Saúde, pois foi observada melhoria do alfa de Cronbach da subdimensão com a sua remoção (alfa de Cronbach após a remoção do item = 0,741). Espera-se que o IAEPS-ESF possa contribuir para a avaliação da satisfação da EPS, auxiliando na elaboração de estratégias de formação em serviço no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde. Estudos de validação. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) aims to promote health through the performance of multiprofessional teams in the improvement of health determinants and determinants. The Permanent Education in Health (EPS) in the ESF aims to improve the process of qualification of health professionals and practices by bringing the knowledge of daily practice with a view to achieving improved access and quality of the AB, consolidating it as a reorientadora of the Health Care Model in Brazil. However, the FHS requires reliable instruments to evaluate the professionals' satisfaction with EPS. In this sense, the objective of this study was to determine the reliability of the psychometric instrument for evaluation of EPS satisfaction in the Family Health Strategy (IAEPS-ESF). This is a methodological study with a cross-sectional design and quantitative analysis carried out in the city of Maceió (AL). IAEPS-ESF was applied to the professionals of the ESF teams from May 2017 to March 2018. The IAEPS-ESF was elaborated by the team of the Commission for Integration Teaching-Service (CIES) of the state of Alagoas based on the instrument Self – Assessment for Improving Access and Quality of Primary Care of the Ministry of Health – AMAQ – AB. The data were consolidated in an online form (Google Forms), obtaining the database in Excel Table and analyzed in the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) for Windows version 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). The sample consisted of 304 ESF professionals randomly and proportionally drawn in the eight Health Districts of the Municipality of Maceió (AL). The IAEPS-ESF presented a good internal consistency standard, with a general value of 0.876 for the Cronbach alpha, its reliability being validated. It is recommended to modify the item "Teams use education devices and distance matrix support for the qualification of the care provided to users" in sub-dimension 3 – Permanent Education and Qualification of Health Care Teams, as it was observed improvement of alpha of Cronbach of the sub-dimension with its removal (Cronbach alpha after removal of the item = 0.741). It is expected that the IAEPS-ESF can contribute to the evaluation of the satisfaction of the EPS, helping in the elaboration of in-service training strategies under the SUS.

Key Words: Continuing education. Studies validation. Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pesquisa e Avaliação.....	26
Figura 2 - Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado de Alagoas	40
Figura 3 - Mapa das Regiões de Saúde do Estado de Alagoas.....	40
Figura 4 - Mapa de Distribuição das Equipes de ESF por Distrito Sanitário em Maceió (AL)	41
Figura 5 - Diário de Campo de Coleta de Dados.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Satisfação de Técnicos de Saúde Bucal da ESF com a EPS: Medida Geral e Subdimensões, Maceió-AL.....	62
Gráfico 2 - Satisfação de Odontólogos da ESF com a EPS: Medida Geral e Subdimensões, Maceió-AL.....	62
Gráfico 3 - Satisfação de Enfermeiros da ESF com a EPS: Medida Geral e Subdimensões, Maceió-AL.....	64
Gráfico 4 - Satisfação de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da ESF com a EPS: Medida Geral e Subdimensões, Maceió-AL	65
Gráfico 5 - Satisfação de Agentes Comunitários de Saúde da ESF com a EPS: Medida Geral e Subdimensões, Maceió-AL	66
Gráfico 6 - Satisfação de Médicos da ESF com a EPS: Medida Geral e Subdimensões, Maceió-AL.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal aos Estados e Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde.....	23
Quadro 2 - Estrutura do Instrumento AMAQ – AB: equipe de Atenção Básica	28
Quadro 3 - Adaptações realizadas nos itens da subdimensão F da AMAQ – Educação Permanente para a formatação final do IAEPS – ESF.....	29
Quadro 4 - Adaptações realizadas nos itens da subdimensão K da AMAQ – Organização do Processo de Trabalho para a formatação final do IAEPS-ESF.....	31
Quadro 5 - Adaptações realizadas nos itens da subdimensão J da AMAQ – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica para a formatação final do IAEPS – ESF.....	31
Quadro 6 - Pontuação total atribuída a cada subdimensão de Educação Permanente avaliada.....	43
Quadro 7 - Classificação das subdimensões de Educação Permanente segundo o escore alcançado no quadro 7.....	44
Quadro 8 - Nova pontuação atribuída a cada subdimensão de Educação Permanente avaliada de acordo com a classificação do quadro 8.....	45
Quadro 9 - Classificação da média geral da Educação Permanente em Saúde, calculada a partir da pontuação das três subdimensões segundo o quadro 9.....	45
Quadro 10 - Resumo do instrumento IAEPS-ESF.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de equipes de profissionais da ESF sorteadas proporcionalmente por distrito sanitário do município de Maceió-AL, 2017.....	41
Tabela 2 - Distribuição do número de profissionais participantes do estudo e equipes de ESF por Distrito Santiário (DS) do município de Maceió-AL, 2018.....	53
Tabela 3 - Medidas estatísticas: total por item das três subdimensões do instrumento IAEP-ESF em profissionais da ESF, Maceió-AL, 2018.....	55
Tabela 4 - Classificação Geral da Educação Permanente em Saúde na ESF, suas subdimensões e validade interna do instrumento segundo 304 profissionais das equipes de ESF do município de Maceió-AL, 2018	58
Tabela 5 - Categoria Profissional por Sexo dos profissionais das equipes de ESF do município de Maceió-AL, 2018	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Atenção primária à saúde no Brasil: bases legais	16
2.2	Educação permanente em saúde	19
2.3	Formulário de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica dirigido a profissionais de saúde – AMAQ	26
2.4	Psicometria como método para validação de instrumentos de pesquisa	32
2.5	Histórico da Dissertação	36
3	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivo geral	38
3.2	Objetivos específicos	38
4	METODOLOGIA	39
4.1	Tipo de estudo	39
4.2	Local de estudo	39
4.3	População do estudo	41
4.4	Instrumento de pesquisa	42
4.5	Variáveis	46
4.5.1	Variáveis dependentes	46
4.5.2	Variáveis independentes	47

4.6	Produção das Informações.....	48
4.7	Análise e interpretação dos resultados.....	50
4.8	Protocolo de ação para a coleta de dados.....	50
4.9	Aspectos éticos.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1	Caracterização e distribuição da amostra.....	53
5.2	Validação de confiabilidade do instrumento de avaliação da educação permanente em saúde na ESF (IAEP-SF).....	54
5.3	Caracterização sociodemográfica e laboral dos trabalhadores da ESF avaliados.....	59
5.4	Avaliação da satisfação com a educação permanente em saúde na ESF de Maceió-AL.....	60
5.4.1	Odontólogos e Técnicos de Saúde Bucal.....	61
5.4.2	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.....	63
5.4.3	Agentes comunitários de saúde (ACS).....	65
5.4.4	Médicos.....	66
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	68
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICES.....	79
	ANEXOS.....	81

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a confiabilidade de um instrumento de avaliação psicométrica da Satisfação com a Educação Permanente em Saúde (EPS), aplicável às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), denominado IAEPS-ESF.

A PNEPS propõe o desenvolvimento de ações de formação em serviço que possibilitam aos profissionais uma maior autonomia na resolução e transformação das práticas de atenção, gestão e produção de políticas de saúde, que sejam pautadas pelos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a consolidação do modelo de atenção à promoção da saúde da população (CAPRA, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Almejando a promoção da saúde, a ESF vem ampliar o alcance do trabalho em saúde no SUS, atuando nos determinantes sociais da saúde e valorizando cada vez mais cada profissional da equipe (OLIVEIRA, 2013). A presença de diferentes formações profissionais na ESF, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos enriqueçam o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012, p. 22).

Neste sentido, pressupõe-se que os profissionais de saúde devam estar capacitados e instrumentalizados para que observem o contexto onde se inserem suas práticas de saúde, achando-se aptos a selecionar as necessidades em saúde iminentes e intervir estrategicamente no atendimento destas. Porém, a formação acadêmica dos profissionais da saúde ainda possui fortes marcas do modelo biomédico, focado na fragmentação do sujeito e no estudo das especialidades, o que vem dificultando a consolidação de um modelo de atenção integral à saúde (ANDRADE *et al.*, 2016).

Refletindo sobre esta realidade, surgem vários questionamentos: quais os fatores que facilitam ou dificultam a realização de práticas de EPS segundo os princípios e diretrizes do SUS? Quais as prioridades a serem trabalhadas na realização de ações de Educação Permanente? Como os profissionais percebem as ações de EPS recebidas e desenvolvidas?

Ensejando conhecer esta realidade, a CIES-AL e os pós-graduandos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL) elaboraram o Instrumento de Avaliação de Educação Permanente em Saúde para a Estratégia Saúde da Família (IAEPS-ESF), baseado na ferramenta de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). O detalhamento sobre a elaboração do instrumento encontra-se na seção de revisão de literatura.

Sobre a Educação Permanente em Saúde a AMAQ, considera:

Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2013, p. 42).

Faz-se importante o desenvolvimento de trabalhos que possam explorar a PNEPS na ESF a nível local, adequando-a às necessidades dos profissionais e ao enfrentamento dos desafios locais, vindo a contribuir com a qualificação da assistência à saúde da população e contemplando-a de forma integral, em consonância com os princípios do SUS.

Considerando a diversidade, a complexidade e a dinamicidade que os determinantes e condicionantes da saúde colocam como enfrentamentos para a realização da EPS pelas equipes da ESF; tendo em vista, ainda, a elaboração do instrumento IAEPS-ESF baseado na AMAQ; e considerando a necessidade contínua de avaliar as necessidades de EPS dos profissionais da ESF, questiona-se: o IAEPS-ESF é capaz de avaliar a satisfação dos profissionais de saúde da ESF sobre a EPS de forma confiável?

O objetivo deste estudo é determinar a confiabilidade de um instrumento psicométrico de avaliação de educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família (IAEPS-ESF) junto aos profissionais da área de saúde.

O estudo mostra-se importante, pois uma avaliação da EPS na ESF, elaborada por meio de um instrumento validado cientificamente, agrega maior consistência e segurança na eleição de prioridades a serem trabalhadas na PNEPS onde foi aplicado, impulsionando os processos de formação profissional pelo trabalho e para o trabalho (SILVA *et al.*, 2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil: bases legais

A Constituição brasileira de 1988, em seus artigos 196 a 200, trouxe vários avanços para a saúde no país: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; o foco em serviços de promoção e proteção à saúde na mesma medida dos serviços de recuperação; o acesso equânime e universal aos serviços de saúde; e o estabelecimento de diretrizes que orientam a organização do Sistema Único de Saúde: descentralização, atendimento integral e participação popular (OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A partir da Lei nº 8.080, de 1990, o conceito sobre saúde é ampliado, sendo esta compreendida não somente como ausência de doença, mas como resultado da influência de determinantes psicossociais e econômicos (SANTOS *et al.*, 2014a). Essa concepção tem como referência a Declaração de Alma-Ata de 1978, na qual vários países comprometeram-se com a construção de modelos de saúde orientados pela Atenção Primária em Saúde, baseados no conceito de promoção da saúde e comprometidos com o desenvolvimento econômico e social das populações:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1).

Visando operacionalizar esses princípios, no âmbito de uma conjuntura mundial favorável (vários modelos internacionais focados na família bem-sucedidos, como em Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, serviram de referência), foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família, a partir do Programa de Agentes Comunitários (PACS) (ROSA; LABATE, 2005).

No entanto, no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) ainda estava longe de se tornar uma estratégia. Chegou a receber críticas, sendo considerado “um programa de saúde pobre para pobres”, devido às suas áreas prioritárias de atuação e ao uso de baixa tecnologia (BRASIL, 2005):

Diante do risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporar-se ao sistema como estratégia substitutiva, e, em consequência, com baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais (SOUSA *et al.*, 2000, p. 11 *apud* BRASIL, 2005, p. 17).

Em resposta às críticas, o Ministério da Saúde ao longo do tempo criou um plano de metas para o programa, implantou normas e diretrizes através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96) e estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB), oxigenando as ações do programa. A partir do final do ano 2000, com presença em 4.610 municípios, cobrindo 51% da população do país, o PSF solidificou-se como estratégico para a mudança do modelo de atenção em saúde (BRASIL, 2005).

O programa, agora denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como objetivo o desenvolvimento de um modelo de saúde baseado na promoção da saúde. Confere em seu escopo um maior contato da equipe multiprofissional com a comunidade e a participação popular na resolução de problemas de forma integral, contínua e racionalizada, de acordo com os princípios do SUS. Em outros países com a APS em foco, o modelo de saúde da família consegue a resolução de até 85% dos problemas de saúde (TENÓRIO; SANTOS, 2011).

Arantes, Shimizu e Merchan-Hamann (2016) observam em sua revisão de literatura que a ESF tem servido ao propósito de universalizar o acesso da população à rede de cuidados primários à saúde, sem perder de vista a equidade e a integralidade da atenção. No entanto, ainda enfrenta muitos desafios, o que a coloca distante do propósito de reversão do modelo de atenção à saúde.

Neste estudo, os desafios são compreendidos em três dimensões:

- Organizativa: oferta indisponível e/ou organizada em descontexto das necessidades da população, com carta de serviços limitada às ações programáticas, acessível unicamente através de agendamento, gerando uma demanda reprimida que superlota os demais níveis do sistema de saúde.

- Técnico-Assistencial: necessidade de maior enfoque nas políticas de implementação de práticas integrativas complementares, ações de saúde para adolescentes, na área de saúde mental, HIV/AIDS, usuários de drogas ilícitas e obesidade. Foi observado ainda o risco de reprodução da “racionalidade biomédica no processo de cuidado” (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 5).
- Político-Institucional: financiamento deficitário; formação profissional excessivamente técnica, com ênfase na doença e na especialização, em detrimento das “dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado” (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 5); precarização das relações de trabalho; dificuldade em efetivar a intersetorialidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), no Manual Instrutivo do PMAQ – 3º ciclo, vai ao encontro do estudo de Arantes, Shimizu e Merchan-Hamann (2016), vindo a apontar como principais desafios à qualificação da APS e, por conseguinte, às equipes de ESF:

- I - Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;
- II - Ambiente pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- III - Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;
- IV - Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;
- V - Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;
- VI - Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;
- VII - Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;
- VIII - Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- IX - Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

X - Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

XI – Baixo investimento em infraestrutura de informática e insuficiente uso das tecnologias da informação para a tomada de decisão. (BRASIL, 2017, p 8).

Em vários tópicos deste documento nota-se a necessidade de qualificação das equipes e, portanto, dos profissionais de saúde da APS, colocada como ponto fundamental para a transcendência de tais problemas, uma vez que estão relacionados à deficiência de formação, condições de trabalho e apoio da gestão às equipes de ESF. Uma vez que são as equipes da ESF as principais responsáveis por promover o “primeiro contato, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção” (MALTA *et al.*, 2016, p. 2), faz-se iminente o enfrentamento desses desafios por estes profissionais.

2.2 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde tem como objetivo aprimorar o processo de qualificação dos profissionais e das práticas em saúde, aproximando o saber do fazer cotidiano desses profissionais, de forma a alcançar a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, consolidando-a como reorientadora do Modelo de Atenção à Saúde no Brasil (BRASIL, 2017).

A Educação Permanente em Saúde pode ser definida como

uma estratégia para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, em especial a APS, mediante ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde, constituindo, assim, um quadrilátero formado por diferentes atores do processo de trabalho: atenção, ensino, gestão e controle social (BRASIL, 2009 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 2).

A Educação Permanente aparece na França em 1955, com Pierre Furter, visando à continuidade da formação após o período escolar. Com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a educação permanente tem sido aplicada como uma estratégia de reorientação da educação de trabalhadores, diferenciando-se da perspectiva apenas de atualização de conteúdos e acrítica proposta pelo modelo de Educação Continuada (GADOTTI, 2000).

No Brasil, a Educação Permanente começou a ser trabalhada em saúde a partir da década de 1980 (LOPES *et al.*, 2007), vindo a consolidar-se como política

de saúde no Brasil em 2004, através da Portaria GM n.º 198/2004, sendo posteriormente revisada pela portaria GM/MS n.º 1996, de 20 de agosto de 2007.

Por meio desta portaria, foram criadas as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), que se configuram como estruturas com a finalidade de intermediar e motivar a construção dialógica dos processos de Educação Permanente em Saúde, considerando os profissionais da equipe de saúde como centro do processo ensino-aprendizagem e tendo como premissas a aprendizagem significativa e a gestão democrática (BRASIL, 2004, 2007a).

Parte de uma reflexão das práticas de saúde e não somente da carência individual de atualização. A resolução das necessidades em saúde locais apresentadas implicaria a responsabilidade coletiva e maior autonomia dos atores envolvidos (BARBOSA, V.; FERREIRA; BARBOSA, P., 2012).

A EPS consiste numa ação do Estado brasileiro, fundamental à garantia da saúde como um direito do cidadão e à sustentação do sistema de proteção social, tendo como principal objetivo ordenar continuamente a qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2009; FLEURY; OUVENEY, 2008).

No intuito de garantir a organicidade de suas ações, a política de EPS deve estabelecer parâmetros que possam nortear a estruturação de processos avaliativos de suas intervenções (BRASIL, 1998).

A avaliação de políticas e programas públicos é uma atividade que remonta aos tempos, exatamente após a Segunda Guerra Mundial, quando a pobreza reinante exigiu uma maior intervenção do Estado e este, por sua vez, precisava racionalizar a aplicação dos recursos fiscais. A avaliação dos programas sociais tinha um caráter essencialmente econômico, porém cada vez mais se fazia necessário endossar os aspectos multidisciplinares (HARTZ, 2008).

Na década de 1970, com a diminuição do crescimento econômico e a maior importância do Estado no financiamento da saúde, avaliar as ações públicas de saúde tornou-se indispensável a fim de garantir o amplo acesso a serviços de saúde de qualidade. Hoje, a avaliação do sistema de saúde coloca-se como uma realidade complexa devido

às grandes zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do

desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população (HARTZ, 2008, p. 30).

A Organização Mundial de Saúde desde a década de 1980 tem se colocado como um expoente, viabilizando a iniciativa de vários países em desenvolver sistemas de saúde com foco na qualidade da assistência prestada e não apenas no critério custo-efetividade (SERAPIONI, 2009).

Serapioni e Silva (2011) assinalam que a qualidade dos serviços de saúde no geral deve ser vista de forma multidimensional: qualidade percebida pelos usuários, qualidade técnica, definida pelos profissionais de saúde, e a qualidade na perspectiva gerencial, com atenção aos aspectos relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados. Nesse caso, é factível que o significado de qualidade varie a partir da dimensão avaliada, tendo determinados aspectos mais valorizados que outros, a depender do interesse peculiar das pessoas de um mesmo grupo.

Muitos foram os autores que se debruçaram sobre esta temática, tornando evidente a ausência de consenso sobre o que seria avaliação, seu modelo e propósitos (HARTZ, 2008). Alguns autores descrevem o desenvolvimento do conceito de avaliação em quatro estágios; a evolução de um estágio para outro se dá à medida que os conceitos são aplicados e acumulam-se as experiências.

No primeiro estágio, a avaliação tem como propósito a medida do fenômeno estudado através de instrumentos e escalas. No segundo estágio, passa a buscar a identificação e a descrição dos processos e resultados. No terceiro estágio, a avaliação é tida como sinônimo de julgamento. O quarto estágio descreve a avaliação como um “processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada” (HARTZ, 2008, p. 30).

Atualmente, é de amplo consenso conceituar avaliação como:

[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ, 2008, p. 31).

Aproximando este conceito de avaliação do contexto da Atenção à Saúde, a OMS define avaliação em saúde como um processo sistemático e objetivo para determinar o impacto das atividades desenvolvidas com os objetivos propostos, considerando critérios como relevância, efetividade e eficiência (OMS, 2000).

Apesar de a avaliação ser um ponto-chave no desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, ela ainda é uma estratégia pouco utilizada, especialmente na Atenção Primária em Saúde. Apontam-se como dificuldades para o uso da avaliação a sua implementação, que demanda recursos e tempo, o que muitas vezes inviabiliza o seu uso para situações que requerem soluções imediatas. Ainda assim, podem se considerar nesses casos os resultados de uma avaliação anterior como ponto de partida a novas ações (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Ao longo dos anos foram desenvolvidos vários instrumentos de avaliação da APS. Como demonstrado em metassíntese elaborada por Fracolli *et al.* (2014), os instrumentos validados mais utilizados são o WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP); General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ); PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde); e PCATools (Primary Care Assessment Tool). No Brasil, os mais utilizados para a pesquisa de avaliação da APS são o PCATools e o EUROPEP, sobressaindo o PCATools.

Levando em conta as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), todos esses instrumentos avaliam atributos relacionados à qualificação dos profissionais para o atendimento das necessidades de saúde da população, porém de forma dispersa, em itens que avaliam a APS como um todo, não sendo possível identificar com clareza como as ações de EPS relacionam-se com a qualidade e o acesso aos serviços da ESF e da APS.

A PNEPS estabelece que o processo de avaliação deve ser sistemático, apoiando e reorientando as decisões durante todo o processo de EPS. E ainda, que a atividade de avaliar, por explicitar os alcances e as limitações, facilita a construção de apoios e o desenvolvimento da política de recursos humanos, construindo um conhecimento especializado que fundamentará a formação dos profissionais de saúde, distanciando-se daquele da educação tradicional e aproximando-se de abordagens mais integrativas e participativas (BRASIL, 2009).

Para a PNEPS, a avaliação ainda se coloca como critério para a distribuição de recursos do Governo Federal, pactuados com a Comissão Intergestores Tripartite, para os Polos de Educação Permanente em Saúde, levando-se em consideração o atendimento às suas diretrizes (BRASIL, 2009)

No entanto, a PNEPS não apresenta nenhum documento que descreva uma metodologia para a realização da avaliação do atendimento das ações de EPS às diretrizes nacionais. A justificativa para tal afirmação seria que a PNEPS não pretende ser prescritiva, pois reconhece a autonomia dos entes federados no desenvolvimento de suas próprias estratégias e mecanismos de EPS, incluindo o desenvolvimento de seus processos avaliativos (BRASIL, 2009).

Na PNEPS, a avaliação dos critérios de alocação de recursos e infraestrutura para o desenvolvimento das ações leva em conta somente a presença ou a ausência da infraestrutura educacional e de gestão e alguns indicadores sociais. Os profissionais da ESF são vistos unicamente em seu quantitativo bruto. Não é evidenciado em nenhum critério de avaliação da PNEPS se a EPS é realizada considerando metodologias participativas, muito menos é considerada a percepção dos profissionais sobre as ações de EPS recebidas, nem se estes profissionais participam ativamente do processo.

Abaixo, um quadro que expõe os critérios de alocação dos recursos da PNEPS e seus respectivos pesos:

Quadro 1 – Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e Distrito Federal, para a Política de Educação Permanente em Saúde

Impacto	Indicador Mensurável	Critério	Peso Relativo	Parcela do Teto do Financiamento
Proposta de Gestão do SUS	Cobertura de Equipes de Saúde da Família	C1	10	30%
	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal	C2	10	
	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	C3	10	
Público-Alvo e População	Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público)	C4	20	30%
	População Total do Estado	C5	10	
Iniquidades Regionais	IDH-M (por faixa)	C6	20	40%
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada	C7	20	
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: $CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100$			100	100%

Fonte: Brasil, 2009.

Recentemente, o Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS. Nele foram estabelecidos mais indicadores de avaliação da EPS, sem que fosse englobada uma forma de avaliar as metodologias utilizadas nas ações, nem a percepção dos profissionais sobre as ações de EPS. Os indicadores instituídos foram: percentual de profissionais, por categoria profissional, que realizaram atividade de EPS no município; percentual de equipes que realizaram atividade de EPS no município; e quantidade de atividades de EPS realizadas no município.

Ceccim e Feuerwerker (2004) referem que a avaliação em EPS deve considerar a compatibilidade entre as ações de formação profissional com as necessidades em saúde expressas no território, conformadas política e socialmente, de forma a construir e consolidar a “cadeia de cuidado progressivo à saúde”. No entanto, ressaltam a importância das instituições formadoras em desenvolver metodologias de avaliação da EPS que contemplem esse aspecto.

Como proposta norteadora de avaliação de EPS, Ceccim (2005) propõe a análise do quadrilátero da formação composto por Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social:

Análise da educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção hegemônica tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento;
Análise das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde;
Análise da gestão setorial, buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários;
Análise da organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania (CECCIM, 2005, p. 10).

Haja vista o entendimento da PNEPS sobre a EPS baseada na aprendizagem significativa, é um contrassenso que os processos avaliativos de EPS continuem a desconsiderar as percepções dos profissionais de saúde na construção da PNEPS, o que pode trazer limitações à sua efetivação e continuidade, culminando em desperdício de recursos públicos.

O estudo de validação do instrumento de autoavaliação (IAEPS-ESF) aqui proposto visa ao desenvolvimento de uma tecnologia de análise da educação dos profissionais de saúde que apreenda a percepção dos profissionais de saúde da

ESF sobre as práticas de EPS recebidas. Acredita-se que os resultados produzidos por esse instrumento possam contribuir para a reflexão entre esses profissionais sobre outras formas de entender e fazer EPS, com vistas à garantia do atendimento às necessidades de saúde da população.

Muitos são os estudos sobre educação permanente em saúde e sua aplicação, mas poucos focam na avaliação das estratégias de educação permanente, muito menos partindo da perspectiva dos profissionais de saúde ou lançando mão de instrumentos validados. Em pesquisa por artigos publicados nos últimos cinco anos, nas bases de dados do PUBMED, MEDLINE e SCIELO, utilizando os descritores mesh “education, continuing”, “in-service training”, “process assessment” e “education, public health professional”, foram encontradas apenas 33 publicações, o que demonstra a relevância deste estudo.

Dessa forma, logo se observa que a atividade de avaliar a EPS não se coloca como algo simples. Como seria possível avaliar objetiva e sistematicamente na PNEPS a percepção dos profissionais de saúde da ESF sobre a EPS? Neste caso, faz-se necessário refletir sobre o caráter quantitativo em detrimento do caráter qualitativo (ou vice-versa) que esta avaliação pode ter, o que torna a tomada de decisão sobre as ações da EPS algo complexo e permeado de hesitações e subjetividades (TANAKA; TAMAKI, 2012).

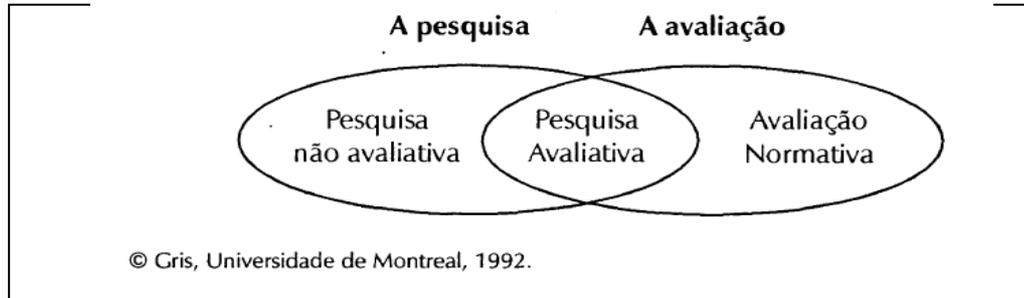
No intuito de elucidar esses aspectos, Contandriopoulos *et al.* (1997) situa a pesquisa avaliativa como uma área da avaliação em saúde intermediária à avaliação normativa e à pesquisa científica.

Podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 37).

Nesta definição, ele diferencia a pesquisa avaliativa da avaliação normativa, pois a primeira possui caráter analítico das relações entre as várias partes de uma intervenção, não se restringindo apenas a verificar o atendimento da intervenção a critérios e normas. Já a avaliação normativa costuma ser a mais empregada no contexto organizacional e pode estabelecer seus padrões de qualidade tanto dos

resultados das pesquisas avaliativas, como das opiniões de *experts* na área a ser avaliada (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Figura 1 – Pesquisa e Avaliação



Fonte: Contandriopoulos *et al.*, 1997.

Dessa forma, ao se considerar a PNEPS como uma política transversal as ações de saúde na APS, encontram-se padrões de qualidade em EPS na perspectiva dos trabalhadores contemplados na Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).

2.3 Formulário de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica dirigido a profissionais de saúde – AMAQ

A AMAQ pode ser definida como uma ferramenta de avaliação normativa produzida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover processos de autoavaliação produtores de sentidos e significados que potencializem nas equipes de ESF a “mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços” (BRASIL, 2013, p. 11), avançando na concepção de uma avaliação norteadora dos processos de melhoria dos serviços da Atenção Básica.

Sobre a origem do AMAQ, o Ministério da Saúde diz que:

A AMAQ foi construída a partir da revisão e da adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality Book of Tools (PORTUGAL, 1999a, 1999b; LEVITT; HILTS, 2010; BRASIL, 2010a, 2017).

A construção do AMQ procedeu primeiramente à elaboração de padrões de qualidade por técnicos e consultores de Acompanhamento e Avaliação DAB/SAS/MS; em seguida, procedeu-se à validação desses padrões junto à *experts* em um grupo de trabalho ampliado, realizando ajustes quanto à validade (o que se

pretende avaliar), ao alcance (usuários e beneficiários), ao propósito da avaliação (melhoria do serviço) e a aspectos mais importantes a serem avaliados, para só então se formular os instrumentos de avaliação (BRASIL, 2005).

Elaborados os instrumentos de avaliação, observaram-se os procedimentos de validação nas seguintes etapas: pré-validação com usuários potenciais em dois municípios, contemplando gestores, coordenadores e profissionais de equipes de saúde; validação: reelaboração dos padrões de qualidade e instrumentos e aplicação de teste-piloto em 24 municípios, com a participação de 500 equipes nas cinco regiões político-administrativas do país; e ajuste final: readequação dos instrumentos e padrões de qualidade com base nos resultados do teste-piloto por técnicos e consultores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). A partir do AMQ, já houve adaptações para o AMAQ, que atualmente se encontra no seu 3º ciclo.

A AMAQ integra a etapa de autoavaliação do Eixo Estratégico Transversal e de Desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Esta etapa, somada à produção do documento “Matriz de Intervenção” pela equipe avaliada, constitui 10% da nota geral do processo de certificação das equipes de ESF pelo PMAQ (BRASIL, 2017).

O PMAQ foi criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, que estabelece parâmetros para ampliação e melhoria contínua da qualidade dos serviços da APS, comparáveis a nível nacional, sem deixar de destacar as peculiaridades regionais, garantindo “a transparência e a efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2012, p. 7).

Entre os seus principais objetivos, o PMAQ busca fortalecer os processos de autoavaliação, entendendo a importância da produção de informações que possam nortear os gestores tanto na formação profissional para saúde através da Educação Permanente em Saúde, como na elaboração de outras estratégias que ampliem o acesso e a qualidade dos serviços, aumentando a satisfação dos usuários.

A autoavaliação, conforme a AMAQ, é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, pois os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com

potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013).

A AMAQ é constituída por “quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões” (BRASIL, 2017, p. 22); estas refletem os padrões de qualidade esperados acerca das competências da gestão, da coordenação e das equipes de Atenção Básica. Esta ferramenta não pretende engessar o significado de qualidade, mas estimular a reflexão pelos atores envolvidos – usuários, gestores e profissionais –, acerca da relatividade e complexidade em adotar o padrão de qualidade, constituindo uma ferramenta de grande potencial pedagógico que permite a construção de soluções para os problemas em equipe (BRASIL, 2013).

O quadro a seguir resume a estrutura da AMAQ:

Quadro 2 – Estrutura do Instrumento AMAQ – AB: equipe de Atenção Básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A– Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
Gestão e Equipe de Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde	H– Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Equipe de Atenção Básica	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa)

Fonte: Amaq, 2017.

Como pode ser visualizado no quadro acima, a Educação Permanente aparece na AMAQ como a subdimensão F, integrante da avaliação da dimensão Gestão da Atenção Básica, e na subdimensão J, integrante da avaliação da dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde.

A equipe da CIES-AL e de pós-graduandos da UNCISAL realizou um estudo aprofundado da AMAQ, em todas as dimensões e subdimensões do instrumento, buscando os padrões de qualidade que avaliassem os aspectos da Educação Permanente conforme preconizada pelo Ministério da Saúde. Em seguida, excluíram, mantiveram, adaptaram e acrescentaram outros padrões de qualidade, a fim de que os profissionais da ESF que viessem a responder o instrumento IAEPS-ESF tivessem clareza acerca dos aspectos a serem avaliados sobre as práticas de Educação Permanente recebidas e desenvolvidas.

A CIES-AL e os pós-graduandos da residência escolheram trabalhar com as subdimensões F – Educação Permanente, subdimensão J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica, e subdimensão K – Organização do Processo de Trabalho da AMAQ. Os quadros a seguir fazem uma comparação resumida e com os devidos destaques sobre as adaptações realizadas pela CIES-AL e os pós-graduandos nas subdimensões F, J e K do instrumento AMAQ, para a formatação final do instrumento IAEPS-ESF.

Quadro 3 – Adaptações realizadas nos itens da subdimensão F da AMAQ – Educação Permanente para a formatação final do IAEPS – ESF

(continua)

SUBDIMENSÃO F – Educação Permanente			
AMAQ		IAEPS-ESF	
Item	Padrão de qualidade	Item	Padrão de Qualidade
2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas, e as necessidades são definidas com os profissionais da Atenção Básica.	1.1	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da Saúde.
2.4	<u>A gestão da Atenção Básica</u> utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	1.2	<u>Os serviços de saúde</u> utilizam o apoio matricial como estratégia de educação permanente.

Quadro 3 – Adaptações realizadas nos itens da subdimensão F da AMAQ – Educação Permanente para a formatação final do IAEPS – ESF

(conclusão)

SUBDIMENSÃO F – Educação Permanente			
AMAQ		IAEPS-ESF	
Item	Padrão de qualidade	Item	Padrão de Qualidade
2.5	<u>A gestão da Atenção Básica</u> dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	1.3	<u>Os serviços de saúde</u> dispõem de estratégias que estimulam a troca de experiências.
2.6	<u>A gestão da Atenção Básica</u> garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.	1.4	<u>A gestão dos serviços de saúde</u> garante às equipes de saúde momentos destinadas às reuniões.
2.7	<u>A gestão da Atenção Básica</u> faz articulações de forma a propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem.	1.5	<u>A gestão dos serviços de saúde</u> faz articulações de forma a propiciar que as unidades de saúde sejam espaços de formação e aprendizagem.
2.8	<u>A gestão da Atenção Básica</u> viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação.	1.6	<u>Você se sente fazendo parte do processo de aprendizagem e ensino no seu cotidiano de práticas na qualificação de profissionais de saúde na formação de estudantes de nível médio, graduação e pós-graduação.</u>

Fonte: Autora, 2018.

Quadro 4 – Adaptações realizadas nos itens da subdimensão K da AMAQ – organização do processo de trabalho para a formatação final do IAEPS – ESF

SUBDIMENSÃO K – Organização do Processo de Trabalho			
AMAQ		IAEPS-ESF	
	Padrão de qualidade		Padrão de Qualidade
4.5	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.	2.1	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.
4.15	A equipe realiza reuniões periódicas.	2.2	A equipe realiza reuniões periódicas
4.17	<u>A equipe</u> realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	2.3	<u>O serviço</u> realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.
	ITEM CRIADO POR EQUIPE DA CIES E DE PÓS-GRADUANDOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ESF	2.4	As práticas de educação permanente são realizadas nas suas ações no seu ambiente de trabalho que não seja a educação continuada.

Fonte: Autora, 2018

Quadro 5 – Adaptações realizadas nos itens da subdimensão J da AMAQ – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica para a formatação final do IAEPS – ESF

(continua)

SUBDIMENSÃO J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica			
AMAQ		IAEPS-ESF	
Item	Padrão de qualidade	Item	Padrão de Qualidade
4.1	<u>Os profissionais da equipe de nível superior e médio</u> possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho <u>na Atenção Básica</u> .	3.1	<u>Os profissionais do serviço</u> possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho <u>nas diversas áreas</u> .
4.2	A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação <u>da atenção básica</u> .	3.2	A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação <u>nos serviços de saúde</u> .

Quadro 5 – Adaptações realizadas nos itens da subdimensão J da AMAQ – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica para a formatação final do IAEPS – ESF

(conclusão)

SUBDIMENSÃO J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica			
AMAQ		IAEPS-ESF	
Item	Padrão de qualidade	Item	Padrão de Qualidade
4.3	As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	3.3	As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

Fonte: Autora, 2018

Visto o exposto, faz-se tão importante validar o IAEPS-ESF quanto avaliar a percepção dos profissionais da ESF sobre a EPS de forma simples, científica, sistemática e objetiva, tal como demanda uma política de EPS que se propõe aberta e em contínuo desenvolvimento de sua qualidade, visando a que esta avaliação possa anteciper com clareza as condições e mudanças necessárias na formação e capacitação profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2016), para que se alcance e mantenha a qualidade e o acesso facilitado aos serviços de saúde da APS.

Moresi (2003) refere que quando a pesquisa se propõe a avaliar ou validar um instrumento para captar um aspecto da realidade, ela também pode ser chamada de pesquisa metodológica. Considera-se a pesquisa metodológica a abordagem mais adequada para este trabalho, tendo em vista que a validação do instrumento IAEPS-ESF constitui o objetivo principal, sendo a avaliação da percepção dos profissionais sobre a EPS um desdobramento do método de validação empregado.

2.4 Psicometria como método para validação de instrumentos de pesquisa

A psicometria constitui uma área do conhecimento científico destinada à medir os processos comportamentais (conhecimentos, habilidades, atitudes e características de personalidade) utilizando procedimentos quantitativos, tais como testes, questionários e escalas padronizadas, construídos para retratar uma circunstância hipotética que traduza os requisitos que compõem um determinado

construto de forma precisa (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016; PASCOALI, 2009).

O construto possui definições constitutivas e operacionais. A definição constitutiva relaciona-se com a definição de termos em dicionários e enciclopédias, ou seja, os conceitos, que são realidades abstratas e as definições operacionais correspondem à definição do construto por operações concretas, por meio de comportamentos físicos no qual o construto se expressa (MEDEIROS *et al.*, 2015, p. 2).

A psicometria subdivide-se em dois modelos teóricos: Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria Moderna (Teoria de Resposta ao Item), sendo a primeira a mais amplamente utilizada pela comunidade científica, cujo principal foco é a avaliação da qualidade dos instrumentos de medida, garantido que sejam válidos e confiáveis na mensuração das reações humanas psicológicas (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

Na TCT, um teste válido e confiável traduz-se na quantificação da sua validade e da sua precisão ou confiabilidade interna (PRIMI, 2012). Apesar de ser um ponto fundamental, a medida da confiabilidade não é suficiente para realizar a validação de um teste como um todo, no entanto constitui etapa imprescindível do processo de validação, pois avalia a capacidade de um determinado instrumento de apresentar resultados consistentes e reprodutíveis ao medir um construto (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016):

A confiabilidade relaciona-se com a coerência, constância dos resultados e a confiança que o teste inspira para mensurar fenômenos, sem que haja grandes flutuações entre medidas repetidas que reflitam a presença de erros de mensuração. Isso significa que o mesmo teste medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião devem apresentar dados reprodutíveis e produzir resultados semelhantes (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016, p. 2).

No entanto, a TCT admite que o erro em uma escala de medida sempre estará presente devido a vários fatores, mas que não apresentam, necessariamente, discordâncias significativas nos valores reais do teste. Entre os fatores que podem interferir na medida da confiabilidade estão: a heterogeneidade da amostra – amostra mais heterogênea, maior confiabilidade; a homogeneidade da escala – quanto mais unidimensional, maior a confiabilidade; e a variabilidade do poder discriminativo do item – quanto maior variabilidade na pontuação dos itens, maior a confiabilidade (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

A escolha do método adequado para avaliar a confiabilidade depende do método de validação adotado e do “tipo e nível de mensuração dos dados produzidos pela variável medida no instrumento” (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016, p. 3). Os métodos para avaliar a confiabilidade interna de um teste podem ser subdivididos em duas classificações: métodos baseados em correlações (confiabilidade teste-reteste, confiabilidade a partir de formas equivalentes e confiabilidade entre observadores) e métodos baseados na verificação da consistência interna (método das duas metades, método Kuder-Richardson ou coeficiente KR-20 e método alfa de Cronbach) (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

A confiabilidade expressa por métodos de correlação baseia-se sempre na comparação e na equivalência dos escores do instrumento a ser validado, ora com os escores deste mesmo instrumento, na mesma população de estudo em tempos distintos (confiabilidade teste-reteste), ora com os escores de outro instrumento distinto que mede os mesmos atributos, em populações distintas, no mesmo espaço de tempo (confiabilidade a partir de formas equivalentes) (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

Existe ainda a confiabilidade entre observadores, em que juízes avaliam o instrumento de acordo com critérios preestabelecidos e a confiabilidade é calculada a partir do percentual de concordância entre os juízes, ou também a partir do cálculo da correlação de Pearson ou Spearman, ou de Kendal, ou ainda no cálculo do “coeficiente de kappa de Cohen ou coeficiente de correlação intraclass nas medidas dos escores de confiabilidade dos avaliadores” (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016, p. 4) A técnica de confiabilidade de escores entre avaliadores costuma ser utilizada como método de calibração dos instrumentos para medir a confiabilidade (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

Os métodos de confiabilidade baseados em correlações, apesar de serem métodos diretos e fidedignos, costumam ser de difícil aplicação por exigirem um alto controle de fatores como intervalo de tempo da aplicação, variabilidade ou homogeneidade da população, e até mesmo a garantia de equivalência na medição dos mesmos atributos em testes distintos.

Na confiabilidade teste-reteste não existe consenso entre o intervalo de tempo adequado para reaplicação do teste. Se for um espaço de tempo muito curto, a confiabilidade pode sofrer influência do efeito recordatório, obtendo valores mais

altos do que o esperado; se for um espaço de tempo muito longo, a confiabilidade pode ser reduzida, pois os indivíduos adquirem novos conhecimentos, respondendo ao teste de forma muito diferente, afetando a estabilidade do teste.

Em relação à população, faz-se necessário que não haja uma perda muito grande de indivíduos ao longo do tempo de reaplicação do teste, de forma a não comprometer a equivalência da amostra. Por tais motivos, este método não se mostrou apropriado para este estudo.

Na confiabilidade por meio de formas equivalentes, a principal dificuldade é garantir a equivalência dos distintos testes:

Há dificuldade operacional de se garantir a equivalência e similaridade dos atributos psicométricos e estatísticos dos itens da escala, no que se refere aos índices de dificuldade, discriminação, média, variância etc. Além disso, é muito comum esse método ser acidentalmente contaminado pelos efeitos de memória, e ainda que esses itens sejam fraseados diferentemente, podem levar à superestimação dos coeficientes de confiabilidade (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016, p. 4).

No caso deste trabalho, uma vez que não existem questionários específicos para avaliar a satisfação de profissionais da saúde com a EPS, não seria viável aplicar o método de confiabilidade de formas equivalentes.

A verificação da confiabilidade por meio da verificação da consistência interna baseia-se na correlação dos itens do teste entre si e na correlação de cada item com a pontuação geral desse teste. Cada item deve contribuir para aumentar a confiabilidade do teste, retratando de forma otimizada o construto medido; caso aconteça o contrário, o item deverá ser excluído (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

Quando se utiliza a abordagem da consistência interna, é importante atentar para a quantidade de itens que compõem a escala, que pode afetar o escore de confiabilidade. No geral, recomenda-se uma amostra de cinco a 20 participantes por item, desde que a amostra esteja entre 100 e 400 participantes (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

A preferência acadêmica pelo cálculo da consistência interna por meio do cálculo KR-20 e alfa de Cronbach em relação ao método das metades partidas deve-se ao fato de este último necessitar dividir o instrumento ao meio, de forma que as duas partes representem o construto a ser medido de maneira igual, para então correlacioná-las, sendo muito difícil obter equivalência entre os itens das duas

partes, seja em termos de conteúdo, seja em termos de complexidade, não sendo apropriado para este estudo (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016). Os cálculos KR-20 e do alfa de Cronbach são semelhantes, no entanto o primeiro é o mais indicado para testes com respostas dicotômicas, e o segundo, para respostas politômicas (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

O alfa de Cronbach pode ser conceituado como

[...] uma estimativa da proporção de variância das diferenças de desempenho (ou habilidade), inversamente proporcional ao erro padrão de medida. Esse coeficiente é obtido pela variância dos escores individuais e da variância da soma dos escores de cada avaliado, buscando avaliar as possíveis relações entre os itens. Seus valores variam de 0 a 1 e expressam a presença de correlações positivas entre os itens 1, 8, 10, 11, 13. Portanto, o valor de alfa de Cronbach é a média de todos os coeficientes de correlação, e seus valores fornecem informações sobre cada item individual. Com isso, há fortes indícios para os itens que não estão correlacionados serem excluídos do teste com o intuito de aumentar sua confiabilidade (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016, p. 5).

O alfa de Cronbach demonstra a homogeneidade dos itens ao avaliar um construto, o que o torna ideal para avaliar escalas unidimensionais. Ele também pode ser utilizado em escalas multidimensionais, desde que se calcule o alfa de Cronbach específico para cada dimensão. Apesar de não haver uma padronização nos valores de alfa de Cronbach aceitáveis, é comum a utilização do valor de 0,7, sendo aceitáveis os valores de 0,8 a 0,9. Valores acima de 0,9 podem denotar a redundância do item, ou que existem itens em excesso na mensuração de um mesmo atributo.

Tendo em vista o exposto, optou-se neste trabalho por utilizar a medida do alfa de Cronbach como método de confiabilidade de consistência interna, por ser um método consolidado cientificamente, de fácil aplicação em um único espaço de tempo e em uma única população; por não depender de escores e fatores externos ao instrumento para o estabelecimento de sua medida; por poder ser utilizado em escalas multidimensionais como a deste estudo; e também por ser o mais apropriado a escalas com múltiplas respostas.

2.5 Histórico da Dissertação

Este estudo é componente do projeto de pesquisa “Práticas e Tecnologias de Educação Permanente em Saúde – Pesquisa sobre intervenção com foco no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família”, financiado pela Fundação de

Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), coordenado pela professora Débora de Souza Santos, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e o Ministério da Saúde, através do edital de chamada nº 6/2016, do Programa Pesquisa pelo SUS – PPSUS.

A motivação para a realização deste estudo foi a necessidade que a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do estado de Alagoas sentiu em avaliar a percepção dos profissionais da ESF sobre as práticas de EPS desenvolvidas por esta comissão, buscando o desenvolvimento de uma política de EPS na qual o profissional de saúde fosse o centro do processo ensino-aprendizagem, conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Determinar a confiabilidade de um instrumento psicométrico de avaliação de satisfação com a Educação Permanente em Saúde na APS (IAEP-ESF) junto aos profissionais das equipes de saúde da família.

3.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a confiabilidade/consistência interna do instrumento IAEP-ESF;
2. Avaliar a satisfação dos profissionais de saúde da ESF do município de Maceió sobre as práticas da Educação Permanente em Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico com delineamento transversal e análise quantitativa de um instrumento para avaliar a satisfação com a EPS, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no município de Maceió (AL).

4.2 Local de estudo

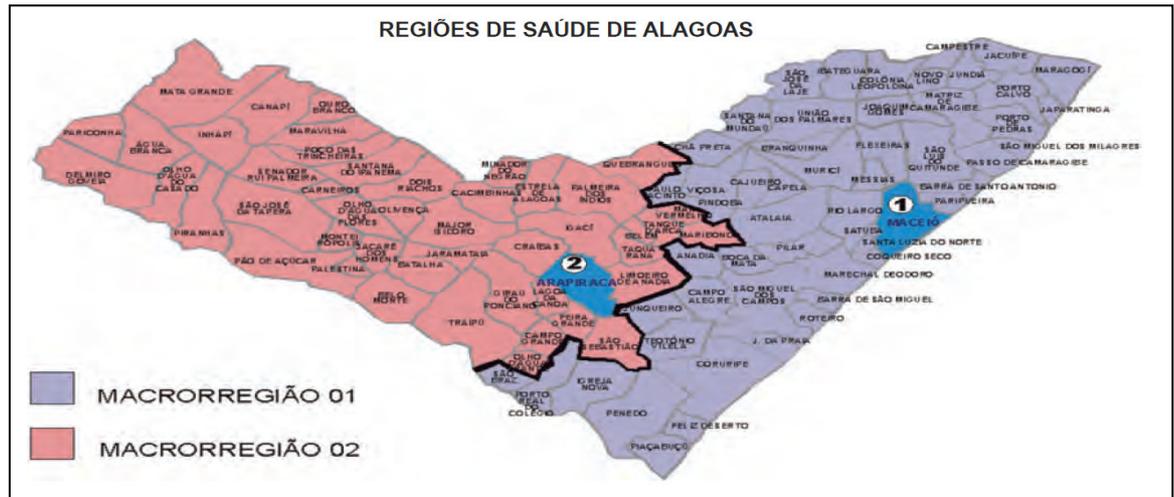
Este estudo foi realizado no município de Maceió (AL), por ser integrante do projeto “Práticas e Tecnologias de Educação Permanente em Saúde – Pesquisa sobre intervenção com foco no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família”, aprovado pelo edital de chamada nº 6/2016, do Programa Pesquisa pelo SUS – PPSUS, financiado pela FAPEAL, em parceria com o CNPq, a SESAU e o Ministério da Saúde.

No referido projeto, levou-se em consideração a necessidade deste órgão de desenvolver um método de avaliação sistemática sobre a EPS e as características socioeconômicas e de infraestrutura em saúde instaladas. O município de Maceió mostrou-se como o mais adequado para esta pesquisa.

O município de Maceió está localizado em maior escala na 1ª macrorregião de saúde de Alagoas e em menor escala na 1ª Região de Saúde. Tanto na macrorregião quanto na região de saúde, o município assume o papel de sede.

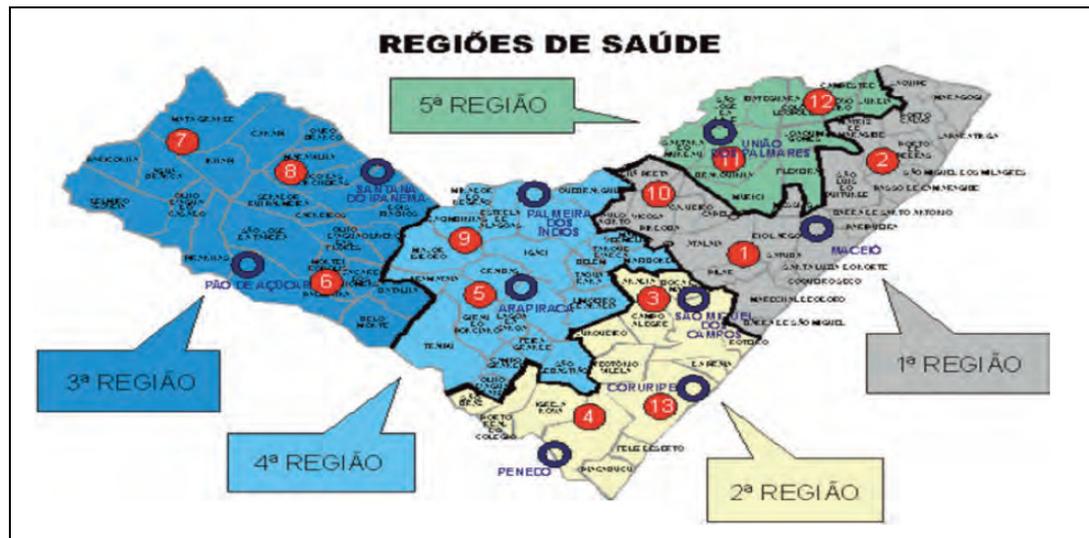
Maceió é dividida em oito Regiões Administrativas, equivalentes aos Distritos Sanitários, e possui em sua área urbana 50 bairros, além da zona rural.

Figura 2 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado de Alagoas



Fonte: Alagoas, 2011.

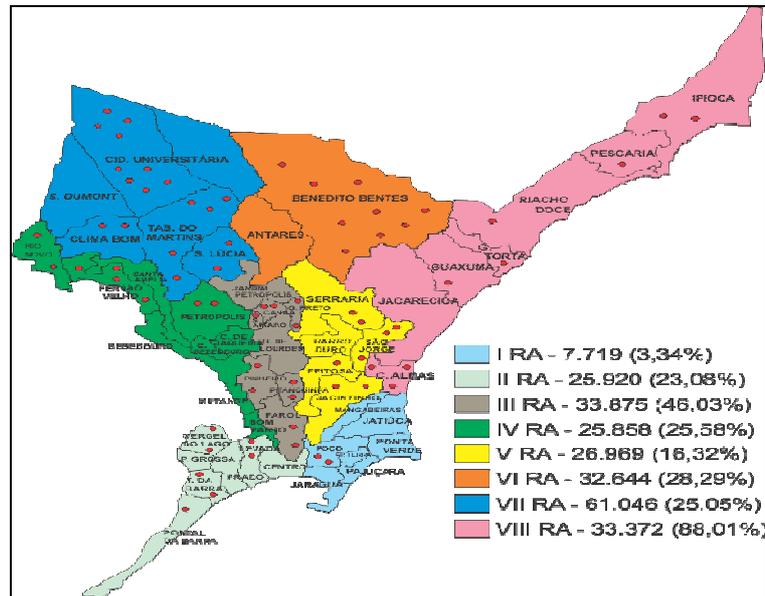
Figura 3 – Mapa das Regiões de Saúde do Estado de Alagoas



Fonte: Alagoas, 2011.

Maceió, até o ano de 2010, apresentou uma alta desigualdade socioeconômica, expressa pelo índice de Gini de 0,63 (PNUD, 2010). Segundo dados do Departamento da Atenção Básica, até o mês de julho de 2016 o município de Maceió contava com 86 equipes de saúde da família implantadas, cobrindo 31,12% de uma população de 953.393 pessoas com serviços da atenção básica.

Figura 4 – Mapa de distribuição das equipes de ESF por Distrito Sanitário em Maceió (AL)



Fonte: Maceió, 2015.

4.3 População do estudo

Foram convidados a participar deste estudo os profissionais da área de saúde que atuam nas equipes de Estratégia Saúde da Família em Maceió (AL). O número total de equipes de ESF considerado como base para o cálculo de tamanho da amostra foi disponibilizado pela Secretaria de Saúde de Maceió, por meio da autorização deste órgão para o estudo. Foram contabilizadas 77 equipes de ESF em Maceió. Tendo em vista um poder de 80% e um intervalo de significância ou confiança de 95%, estimou-se a participação de 64 equipes neste estudo, assim distribuídas em cada Distrito Sanitário, de forma proporcional:

Tabela 1 – Número de equipes de profissionais da ESF sorteadas proporcionalmente por distrito sanitário do município de Maceió (AL), 2017

Distrito Sanitário (DS)	Total de Equipes de ESF/DS	Cobertura de ESF(%)	(n)	(%)
1º DS	1	2,92	1	1,75
2º DS	8	21,32	6	10,75
3º DS	11	45,05	9	14,25
4º DS	7	20,97	7	9,25
5º DS	11	20,32	9	14
6º DS	13	36,83	11	17
7º DS	18	22,62	15	23
8º DS	8	64,60	6	10
TOTAL	77	24,23	64	100

Fonte: Autora, 2018.

As equipes participantes foram selecionadas de forma aleatória, por meio de sorteio, até esgotar o número máximo de equipes por distrito necessárias para compor a amostra, de forma proporcional, como mostra o quadro anterior. Uma vez sorteada a equipe, todos os integrantes receberam o instrumento para respondê-lo. Dessa forma, garantiu-se a representatividade na amostra de todas as equipes de ESF do município de Maceió.

Como critério de inclusão para compor a população do estudo foram considerados todos os profissionais de saúde integrantes da equipe básica da ESF: ACS, enfermeiro(a), médico(a), odontólogo(a), técnico ou auxiliar de Enfermagem e técnico de Saúde Bucal, do município de Maceió, com no mínimo um ano de atuação em serviço.

Como critérios de exclusão, não participaram do estudo aqueles profissionais que mesmo atendendo ao critério de inclusão estiveram afastados do serviço por férias ou licença médica. Os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa foram contabilizados como perda, não havendo realização de novo sorteio para repor o quantitativo da amostra.

4.4 Instrumento de pesquisa

O IAEPS-ESF é um instrumento impresso em papel A4, que pode ser respondido a lápis ou caneta, autoaplicável, ou seja, o profissional de saúde participante do estudo responde sem a necessidade da interferência do pesquisador/estudante colaborador, em um local de sua escolha, não obrigatoriamente no ambiente de trabalho. O pesquisador/estudante colaborador tem a função de esclarecer dúvidas sobre o funcionamento do instrumento e não sobre o seu conteúdo.

O IAEPS-ESF é composto de duas etapas: a primeira identifica os dados pessoais e profissionais, tais como: sexo, idade, tempo de atuação em serviço, profissão, nível de escolaridade e renda. A segunda etapa do instrumento avalia a satisfação dos profissionais da ESF com a EPS.

Para isso foram utilizadas perguntas dispostas em escala Likert, baseadas na AMAQ (BRASIL, 2013). Cada pergunta foi expressa na forma de declarações afirmativas que são respondidas através de uma escala numérica que varia de zero a dez; o resultado mais próximo de zero significa que o profissional classifica a

declaração como “Muito insatisfatória” e o mais próximo de dez significa que o profissional classifica a declaração como “Muito satisfatória”. O profissional, ao responder à pergunta, deveria escolher uma única numeração dentro da escala que representasse a sua resposta.

As perguntas acham-se agrupadas em três subdimensões, que caracterizam os principais aspectos da educação permanente: 1 – Educação Permanente; 2 – Organização do processo de trabalho; e 3 – Educação Permanente e qualificação das equipes de Atenção à Saúde.

A consolidação das respostas do IAEPS-ESF foi adaptada pelo CIES-AL e pós-graduandos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a partir do modelo de análise proposto pelo manual da AMAQ (o modelo da AMAQ encontra-se em seu manual da página 26 à página 29) (BRASIL, 2017), no qual tabelas consolidam as pontuações de cada subdimensão em uma análise quantitativa geral sobre a EPS desenvolvida.

Cada instrumento teve suas respostas consolidadas individualmente da seguinte maneira:

Primeiramente, somaram-se as pontuações atribuídas a cada pergunta por subdimensão. Por exemplo: a primeira subdimensão – Educação Permanente – possui seis perguntas; a pontuação de cada uma das seis perguntas foi somada e essa soma resultou na pontuação daquela subdimensão. O quadro a seguir descreve as subdimensões com seus respectivos números de perguntas e a pontuação total, máxima e mínima, que pode ser atribuída a cada subdimensão, após a soma de todas as respostas, em cada instrumento respondido, individualmente:

Quadro 6 – Pontuação total atribuída a cada subdimensão de Educação Permanente avaliada

Subdimensão	Número de Perguntas	Pontuação	
		Máx.	Mín.
• Educação permanente	6	60	0
• Organização do processo de trabalho	4	40	0
• Educação Permanente e Qualificação das equipes Atenção à Saúde	3	30	0
TOTAL	13	130	0

Fonte: Autora, 2018.

A depender do valor alcançado em cada subdimensão, um segundo quadro atribuiu uma classificação para cada uma delas: Muito Insatisfatório, Insatisfatório, Regular, Satisfatório e Muito Satisfatório. O quadro 8 demonstra a classificação atribuída a cada subdimensão de acordo com a pontuação alcançada em cada subdimensão.

Quadro 7 – Classificação das subdimensões de educação permanente segundo o escore alcançado no quadro 7

Subdimensão	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Educação permanente	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60
Organização do processo de trabalho	0 a 8	9 a 16	17 a 24	24 a 31	32 a 40
Educação Permanente e Qualificação das equipes Atenção à Saúde	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

Fonte: Autora, 2018.

Após a classificação atribuída a cada subdimensão, é necessário saber a classificação geral da satisfação com a EPS. Para isso, no quadro 9 atribuiu-se uma nova pontuação para cada subdimensão de acordo com a classificação obtida no quadro 8. Então se somaram essas novas pontuações das três subdimensões obtidas no quadro 9 e fez-se o cálculo da média. O valor dessa média é o que representa a nota geral da satisfação dos profissionais da ESF com a EPS. De acordo com o valor dessa média, a satisfação com a EPS pode ser classificada em Muito Insatisfatória, Insatisfatória, Regular, Satisfatória e Muito Satisfatória (Quadro 10).

Quadro 8 – Nova pontuação atribuída a cada subdimensão de Educação Permanente avaliada de acordo com a classificação do quadro 8.

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1 pt.	2 pts.	3 pts.	4 pts.	5 pts.
Educação permanente					
Organização do processo de trabalho					
Educação Permanente e Qualificação das equipes Atenção à Saúde					
Soma dos Pontos					
Média dos pontos: _____ (soma dos pontos de cada subdimensão/3)					

Fonte: Autora, 2018.

Quadro 9 – Classificação da média geral da Educação Permanente em Saúde, calculada a partir da pontuação das três subdimensões segundo o quadro 9

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

Fonte: Autora, 2018.

O instrumento pode ser mais bem visualizado no Anexo I. Segue abaixo um quadro de resumo do IAEPS-ESF:

Quadro 10 – Resumo do instrumento IAEPS-ESF

(continua)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – IAEPS-ESF											
Dados Pessoais e Profissionais											
Sexo: _____											
Idade: _____											
Tempo de atuação em serviço: _____											
Categoria profissional: _____											
Nível de escolaridade: _____											
Renda: _____											
Padrões de Qualidade em EPS				Escala Likert de Resposta							
Subdimensão 1 – Educação Permanente											
Educação permanente baseada em necessidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Uso do apoio matricial como estratégia de educação permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gestão dos serviços de saúde garante às equipes de saúde momentos destinadas às reuniões	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quadro 10 – Resumo do instrumento IAEPS-ESF

(conclusão)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – IAEPS-ESF											
Dados Pessoais e Profissionais											
Sexo: _____											
Idade: _____											
Tempo de atuação em serviço: _____											
Categoria profissional: _____											
Nível de escolaridade: _____											
Renda: _____											
Padrões de Qualidade em EPS				Escala Likert de Resposta							
Subdimensão 1 – Educação Permanente											
A gestão dos serviços de saúde faz articulações de forma a propiciar que as unidades de saúde sejam espaços de formação e aprendizagem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Você se sente fazendo parte do processo de aprendizagem e ensino	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdimensão 2 – Organização do processo de trabalho											
Equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A equipe realiza reuniões periódicas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O serviço realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As práticas de educação permanente são realizadas nas suas ações no seu ambiente de trabalho que não seja a educação continuada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subdimensão 3 – Educação Permanente e Qualificação das equipes Atenção à Saúde											
Os profissionais do serviço possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho nos diversas áreas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A equipe participa de cursos de atualização e qualificação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Autora, 2018.

4.5 Variáveis**4.5.1 Variáveis dependentes**

- Educação Permanente em Saúde: processo pedagógico e estratégia de gestão em que o aprendizado/aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades contínuos dos profissionais tem origem e é voltado para a

resolução de problemas e desafios do processo de trabalho das equipes de saúde, provocando mudanças no âmbito micropolítico dos serviços (BRASIL, 2017).

- Subdimensão 1: Educação Permanente em Saúde (EPS) – avalia o apoio da gestão no cumprimento dos requisitos mínimos necessários às práticas de educação permanente.
- Subdimensão 2: Organização do Processo de Trabalho (OPT) – avalia o cumprimento dos requisitos mínimos necessários à organização do processo de trabalho da equipe de ESF que propiciem a realização de práticas de educação permanente.
- Subdimensão 3: Educação Permanente em Saúde e Qualificação das Equipes de Atenção à Saúde (QUAEPS) – avalia o perfil e a qualificação da equipe de ESF para a realização de práticas de educação permanente.

4.5.2 Variáveis independentes

- Idade: o tempo de vida decorrido desde o nascimento até uma determinada data tomada como referência. Medida em anos.
- Sexo: conformação física, orgânica, celular, particular que permite distinguir o homem e a mulher, atribuindo-lhes um papel específico na reprodução. Pode ser definido como feminino ou masculino.
- Tempo de Atuação Profissional: refere-se ao tempo medido em meses em que os profissionais de saúde desenvolvem suas atividades laborais na ESF.
- Categoria Profissional: é o conjunto de empregados que, em virtude do exercício de uma mesma atividade de trabalho ou profissão, possuem interesses jurídicos e econômicos próprios e coincidentes. A equipe de ESF é composta das seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de Enfermagem, técnico de Saúde Bucal e agente comunitário de Saúde.
- Escolaridade: refere-se ao número de anos de estudo completos por cada participante do estudo.
- Renda: valor em dinheiro recebido pelo profissional da equipe de saúde da ESF.

4.6 Produção das Informações

- I. Inicialmente, foi informado à coordenação do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas a realização deste estudo por meio da folha de rosto do respectivo projeto de pesquisa.
- II. A seguir, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Maceió (AL), para conhecimento, aprovação e colaboração com a escolha das UBS com ESF participantes do estudo.
- III. O projeto foi submetido ao comitê de ética da UFAL, através da Plataforma Brasil. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo comitê.
- IV. Convocou-se uma reunião com os estudantes de graduação de enfermagem, bolsistas do PPSUS, para a sistematização da coleta de dados, na qual se verificou a necessidade de selecionar mais estudantes para participar da coleta, de forma a atingir a totalidade da amostra. Decidiu-se que seria necessária a participação de 11 estudantes.
- V. Foi decidido nesta reunião que seria disponibilizado aos estudantes o custeio de passagens até as UBS, viabilizando o seu deslocamento quantas vezes fossem necessárias até a finalização da coleta.
- VI. Foi sistematizado pelos estudantes bolsistas um modelo de diário de campo para o registro das atividades da coleta de dados: data da visita, turno, quantos instrumentos deixados, quantos recolhidos, quantas recusas, e demais observações sobre facilidades e dificuldades na realização da coleta.

Figura 5 – Diário de Campo de Coleta de Dados

DIÁRIO DE CAMPO
 “VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO AVALIATIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA
 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”

Nome do Pesquisador (a)			
Nome da Unidade			
Data	Horário	Turno	
Quantos questionários deixados			
Quantos questionários recolhidos			
Quantas recusas			
Telefone para contato			
OBSERVAÇÕES			

Fonte: Autora, 2018.

- VII. Após a sistematização dos instrumentos, a coleta de dados e a organização de pastas individuais para cada um dos 11 estudantes coletadores, foram organizadas duas oficinas para o treinamento destes estudantes, considerando a disponibilidade de comparecimento de todos. Nas oficinas foram explanados o estudo, sua finalidade, os instrumentos e os procedimentos para a coleta de dados, a fim de evitar possíveis vieses de coleta. Foram estabelecidas, ainda na segunda oficina, as USFs de responsabilidade de cada estudante para realizar a coleta de dados.
- VIII. Realizou-se contato com a CIES-AL para articulação com a coordenação da Atenção Básica do Município de Maceió e os coordenadores de cada Distrito Sanitário para uma sensibilização das equipes de ESF visando à participação no estudo.
- IX. A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2017 a março de 2018. Foi realizado contato telefônico com as UBS, intermediado algumas vezes pelos coordenadores dos distritos, para agendar encontro com os profissionais das equipes de saúde da família, com o intuito de apresentar o estudo, esclarecer dúvidas e agendar local e horário para a coleta de dados.
- X. Conforme o dia agendado para a coleta de dados, após a devida

permissão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelo participante do estudo, foi realizada a coleta de dados com a entrega dos instrumentos aos profissionais das equipes sorteadas.

- XI. Foi aplicado instrumento com os profissionais de saúde. Estes, ao lerem as perguntas, assinalam nas respectivas escalas a resposta para cada uma delas.
- XII. Posteriormente, os instrumentos foram reunidos e suas informações consolidadas em *software* de análise estatística, constituindo os dados submetidos à análise para a produção dos resultados.

4.7 Análise e interpretação dos resultados

A análise dos resultados da primeira etapa de cada instrumento resultou na descrição do perfil dos profissionais da área de saúde da ESF, segundo as variáveis do estudo. Uma vez consolidados os dados sobre Educação Permanente em Saúde de cada instrumento por meio do *software on line* Formulários Google, obteve-se o banco de dados do estudo em Tabela Excel. Este banco de dados foi analisado no *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) for Windows, versão 22 (SPSS Inc; Chicago, IL, USA).

As análises consistiram de análise descritiva, com distribuição de frequência, para as variáveis categóricas e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimo, máximo, intervalo de confiança e mediana), e coeficiente α de Cronbach para avaliação da consistência interna do instrumento. Neste estudo o α de Cronbach foi considerado confiável quando apresentou valor mínimo igual ou maior que 0,7. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando alcançaram valor de p menor que 0,05.

4.8 Protocolo de ação para a coleta de dados

Foram realizadas duas capacitações pela autora desta pesquisa com os 11 estudantes responsáveis por realizar a coleta de dados. O principal objetivo destas oficinas foi uniformizar o procedimento de coleta de dados, a fim de evitar vieses de coleta.

O material para a realização da coleta de dados consistiu em: Diários de Campo, Instrumentos, TCLE e instruções para a realização da coleta, Mapa de

localização das UBS e telefones de contato dos profissionais da UBS (profissional de saúde da equipe ou diretor) – contatos conseguidos por meio da articulação do CIES com a Secretaria Municipal de Saúde. Cada estudante realizou o contato para o agendamento do dia de entrega dos instrumentos. Ao chegar à unidade de saúde, o estudante se reportou ao diretor da unidade para ter acesso aos profissionais das equipes sorteadas.

Uma vez na unidade, os estudantes abordaram os profissionais de saúde, ora individualmente, ora com toda a equipe, esclareceram os objetivos da pesquisa, relevância e forma de preenchimento do instrumento. A seguir, os estudantes solicitaram que os profissionais realizassem a leitura do TCLE, e então se disponibilizaram a esclarecer as dúvidas. Caso se interessassem em participar da pesquisa, os profissionais deveriam assinar os TCLE em duas vias – uma via para o profissional de saúde participante e outra via para o estudo.

O preenchimento do instrumento pelo profissional não se dava obrigatoriamente na frente do estudante responsável pela coleta, podendo o profissional escolher o local mais confortável para o preenchimento. À medida que cada profissional preenchia o seu instrumento, ele colocava este formulário junto com o TCLE em um envelope deixado na USF pelo estudante responsável. Dessa forma, o estudante marcava posteriormente uma data e hora para o recolhimento dos instrumentos dentro deste envelope na unidade de saúde.

Ao recolhê-los, o estudante deveria observar se todos os dados foram preenchidos de forma adequada; se não o foram, deveriam retornar ao profissional para solicitar o preenchimento do item faltoso e esclarecer alguma dúvida, garantindo assim o mínimo de viés por ausência de preenchimento de determinado item.

4.9 Aspectos éticos

Conhecendo os aspectos éticos que sustentam a prática investigativa envolvendo seres humanos, descritos e explicitados na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo como voluntários, sendo esclarecidos sobre todos os aspectos relacionados a esta proposta de investigação científica.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), através da Plataforma Brasil, recebendo aprovação pelo número da C.A.A.E: 64055516.5.0000.5013, no dia 30 de março de 2017.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem-se detalhada a finalidade da pesquisa, sua importância, período de duração, todo o percurso metodológico, bem como sobre a possível publicação dos resultados em revistas científicas e congressos de enfermagem. Foi esclarecido aos participantes que estes podem retirar-se do estudo quando acharem conveniente, sem nenhum prejuízo para a pesquisadora e para o desenvolvimento da atividade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de situar a apreciação dos resultados desta pesquisa, trazem-se brevemente as razões que motivaram a organização e a apresentação de cada tópico desta análise. Optou-se por iniciar a apresentação dos resultados e a discussão pela identificação das características de distribuição da amostra, a fim de situar o leitor acerca da representatividade dos dados coletados para os objetivos propostos pelo estudo.

Passou-se então à análise e à discussão dos resultados dos procedimentos de determinação da confiabilidade do instrumento, para posteriormente explicar as características laborais e sociodemográficas dos trabalhadores, no sentido de se entender melhor sobre os profissionais participantes desta pesquisa – na identificação do sujeito “de quem se fala” nesta pesquisa.

A seguir, apresentaram-se os resultados e a discussão sobre a avaliação da satisfação com a EPS dos profissionais da ESF.

5.1 Caracterização e distribuição da amostra

Foram pesquisadas 52 equipes de ESF, englobando 304 profissionais em oito distritos sanitários. Em números absolutos, o 7º distrito contou com maior número de profissionais participantes da pesquisa (n = 95), enquanto o primeiro distrito contou com o menor número de profissionais (n = 7). A tabela 2, a seguir, traz o detalhamento do total de equipes e profissionais participantes por distrito sanitário:

Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais participantes do estudo e equipes de ESF por Distrito Sanitário (DS) do município de Maceió (AL), 2018

Distrito Sanitário (DS)	Equipes Estimadas	Equipes coletadas	Cobertura de equipes participantes da pesquisa		Nº de profissionais	
			N	%		
1º DS	1	1	0	0	7	2,3
2º DS	6	5	1	83,4	40	13,2
3º DS	9	5	4	55,6	17	5,6
4º DS	7	5	2	71,4	29	9,5
5º DS	9	8	1	83,4	35	11,5
6º DS	11	9	2	71,4	52	17,1
7º DS	15	14	1	83,4	95	31,3
8º DS	6	4	2	71,4	29	9,5
TOTAL	64	51	13	74,5	304	100

Fonte: Autora, 2018.

Como pode ser visto na tabela apresentada, a proporção da participação de cada Distrito Sanitário neste estudo foi proporcional ao quantitativo de equipes atuantes nessas regiões. A pesquisa apresenta uma cobertura geral de 74,5% da amostra estimada; os 2º, 5º e 7º distritos obtiveram a maior cobertura (83,4%), enquanto o 3º distrito apresentou a menor cobertura (55,6%).

5.2 Validação de confiabilidade do instrumento de avaliação da educação permanente em saúde na ESF (IAEP-ESF)

Foi verificado que o instrumento IAEP-ESF apresentou um bom padrão de confiabilidade, com o valor geral de 0,876 para o alfa de Cronbach, indicando que os itens avaliados pelo IAEP-ESF demonstram homogeneidade acerca do construto EPS e de suas subdimensões.

Quando avaliado o valor do alfa de Cronbach em cada subdimensão, verificou-se que as subdimensões 1 – Educação Permanente, 2 – Organização do Processo de Trabalho e 3 – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção pontuaram valores de 0,823, 0,815 e 0,705, respectivamente. Observa-se que a subdimensão 3, ao contrário das demais que tiveram um bom desempenho, apresentou um valor limítrofe para o alfa de Cronbach, sendo necessário analisar esta subdimensão com maior cautela.

Ao analisar a subdimensão 3 do ponto de vista do construto, o valor do alfa de Cronbach pode ter sido afetado negativamente pela variedade no entendimento dos profissionais de saúde da ESF acerca de quais atributos lhes seriam necessários para a realização de ações de EPS na ESF. Vários estudos ainda apontam que os profissionais de saúde da ESF confundem educação permanente e educação continuada (GONÇALVES *et al.*, 2014). Isso se mostra como reflexo da própria falta de consenso teórico sobre a EPS.

A depender da perspectiva tomada, impacta-se nas escolhas dos instrumentos e práticas de EPS que culminarão (ou não) na efetivação de uma EPS transformadora da realidade em saúde:

A OPAS cria uma diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última mais reducionista. No entanto, esta distinção não tem unanimidade no meio acadêmico. Em total oposição ao conceito da OPAS, Marin entende que a educação continuada seria mais completa por incorporar a ideia de formação no próprio local de trabalho, sem interrupção ou fragmentação, dependendo dos objetivos que se quer

alcançar. Haddad *et al.* admite que a educação permanente inclui a educação continuada e a educação em serviço. Ramos assevera que, em um contexto mais amplo, educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida e educação de adultos podem ser considerados sinônimos (LEMOS, 2016, p. 1).

Com relação ao ponto de vista metodológico, na subdimensão 3 observou-se que ao se retirar o item “As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários”, há uma melhora no valor do alfa de Cronbach nesta subdimensão (0,741). Curiosamente este foi o item com pior avaliação em todo o instrumento. Desta forma, recomenda-se a retirada do item, no sentido de melhorar a consistência interna do instrumento.

Na tabela 3, a seguir, é possível visualizar as estatísticas de desempenho dos itens do instrumento IAEP-ESF e seus respectivos impactos nos valores do alfa de Cronbach geral e nas subdimensões às quais pertencem.

Tabela 3 – Medidas estatísticas: total por item das três subdimensões do instrumento IAEP-ESF em profissionais da ESF, Maceió (AL), 2018.

(continua)

Educação Permanente e suas subdimensões	Média (Desvio Padrão)	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach por subdimensão se o item for excluído	Alfa de Cronbach geral se o item for excluído
Educação Permanente							
- Educação permanente baseada em necessidades	5,526 (2,635)	65,888	353,974	0,536	0,520	0,791	0,861
- Uso do apoio matricial como estratégia de educação permanente	4,997 (2,367)	66,418	355,181	0,598	0,551	0,781	0,858
- Dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências	4,563 (2,546)	66,852	352,080	0,581	0,481	0,782	0,859
- Gestão dos serviços de saúde garante às equipes de saúde momentos destinadas às reuniões	5,839 (2,457)	65,576	359,341	0,523	0,314	0,818	0,862

Tabela 3 – Medidas estatísticas: total por item das três subdimensões do instrumento IAEP-ESF em profissionais da ESF, Maceió (AL), 2018.

(continua)

Educação Permanente e suas subdimensões	Média (Desvio Padrão)	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach por subdimensão se o item for excluído	Alfa de Cronbach geral se o item for excluído
- A gestão dos serviços de saúde faz articulações de forma a propiciar que as unidades de saúde sejam espaços de formação e aprendizagem	4,326 (2,659)	67,089	349,190	0,582	0,506	0,788	0,858
- Você se sente fazendo parte do processo de aprendizagem e ensino	4,622 (2,731)	66,793	352,152	0,532	0,385	0,806	0,862
Organização do processo de trabalho							
- Equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional	6,576 (2,299)	64,839	358,525	0,577	0,490	0,757	0,859
- A equipe realiza reuniões periódicas	7,227 (2,221)	64,188	372,787	0,424	0,431	0,788	0,867
- O serviço realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados	6,148 (2,207)	65,266	359,543	0,593	0,548	0,732	0,859
- As práticas de educação permanente são realizadas nas suas ações no seu ambiente de trabalho que não seja a educação continuada	5,493 (2,439)	65,921	349,948	0,638	0,477	0,793	0,855

Tabela 3 – Medidas estatísticas: total por item das três subdimensões do instrumento IAEP-ESF em profissionais da ESF, Maceió (AL), 2018.

(conclusão)

Educação Permanente e suas subdimensões	Média (Desvio Padrão)	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach por subdimensão se o item for excluído	Alfa de Cronbach geral se o item for excluído
Educação Permanente e Qualificação das equipes							
Atenção à Saúde							
- Os profissionais do serviço de possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho nas diversas áreas	6,734 (2,497)	64,681	371,716	0,375	0,377	0,646	0,870
- A equipe participa de cursos de atualização e qualificação	5,760 (2,659)	65,655	351,534	0,556	0,545	0,420	0,860
- As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários	3,605 (2,742)	67,809	350,505	0,546	0,439	0,741	0,861

Fonte: Autora, 2018.

A Tabela 4 apresenta as estatísticas de satisfação e o valor do alfa de Cronbach geral, em cada uma das subdimensões:

Tabela 4 – Classificação Geral da Educação Permanente em Saúde na ESF, suas subdimensões e validade interna do instrumento segundo 304 profissionais das equipes de ESF do município de Maceió (AL), 2018

	Classificação Geral da Educação Permanente em Saúde na ESF		Educação Permanente		Organização do processo de trabalho		Educação Permanente e Qualificação das equipes de Atenção à Saúde	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito Insatisfatório	8	2,6	20	6,6	10	3,3	29	9,5
Insatisfatório	39	12,8	62	20,4	22	7,2	52	17,1
Regular	143	47	129	42,4	83	27,3	111	36,5
Satisfatório	98	32,2	72	23,7	126	41,4	89	29,3
Muito Satisfatório	16	5,3	21	6,9	63	20,7	23	7,6
Média (dp)	9,8 (2,4)		29,9 (11,2)		25,4(7,4)		16,1(6,3)	
Mediana	10		30		27		17	
Moda	10		30		27,0 ^a		17	
Mínimo	3		11,2523		7,3653		6,2666	
Máximo	15		3		3		0	
	25	8	57	39	30			
Percentis	50	12	23	20	12			
	75	12	30	27	17			
α de Cronbach	0,876		0,823		0,815		0,705	

Fonte: Autora, 2018.

Pode-se observar nesta tabela que a educação permanente em saúde na ESF foi classificada como regular por 47% dos profissionais; como satisfatória, por 32,2%; e como insatisfatória, por 12,8%. Analisando a média dos escores em cada subdimensão e suas respectivas escalas de avaliação, constata-se que a subdimensão mais bem avaliada foi Organização do Processo de Trabalho (Satisfatório, média = 25,4).

Em sua tese, Santos (2014) ressalta o desafio enfrentado pelas equipes da ESF na organização de um processo de trabalho que rompa com a perspectiva biologicista e com a agenda programática do PNAB, para o desenvolvimento de uma APS voltada para a realidade de saúde local, sendo necessário, muitas vezes, que a equipe multiprofissional atue de forma improvisada e informal, construindo novos arranjos de processo de trabalho que respondam às necessidades de saúde dos usuários.

A política de EPS tem o intuito de oferecer diretrizes aos novos arranjos do processo de trabalho, pois reconhece a vida humana como base do trabalho em saúde; esta se configura no encontro entre usuários e profissionais de saúde, marcado pelo estabelecimento de vínculos de afeto (BRASIL, 2017); FARIA; ARAÚJO, 2010; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Confere-se ao trabalho na ESF um alto grau de dinamicidade nas possibilidades de intervenção pelos trabalhadores, o que fomenta a sua autonomia na gestão do processo de trabalho, de modo a transcender o atendimento a normas e protocolos e a alcançar a promoção da saúde e da vida. A autonomia do trabalho em saúde na ESF pode ter contribuído para uma melhor avaliação desta subdimensão pelos profissionais (FARIA; ARAÚJO, 2010; SANTOS, MISHIMA; MERHY, 2018).

5.3 Caracterização sociodemográfica e laboral dos trabalhadores da ESF avaliados

A maioria da amostra foi composta pelo sexo feminino (74,7%) em todas as categorias profissionais. A média de idade dos profissionais foi de 44,3 anos (dp = 8,6), variando entre os valores mínimo e máximo de 25 a 67 anos, respectivamente. O tempo médio de atuação profissional foi de 179,6 meses (dp = 82,5), que corresponde a aproximadamente 15 anos, variando entre os valores mínimo e máximo de um ano e seis meses a 42 anos, a denotar que os profissionais atuantes acumulam um longo tempo de experiência junto à ESF.

A média de escolaridade entre os profissionais está em 14,9 anos (dp = 2,3), com valor mínimo de 11 anos e máximo de 18 anos completos de estudo. Com relação à renda, a média salarial ficou em R\$ 4.488,20 (dp = 2926,1), variando entre o valor mínimo de R\$ 1.000,00 e o máximo de R\$ 16.000,00. A categoria profissional mais prevalente entre os profissionais foi a de agente comunitário de Saúde (60,2%), seguida dos técnicos e auxiliares de Enfermagem (18,1%) e enfermeiros(as) (8,5%).

Na tabela 5 é possível visualizar a distribuição dos profissionais participantes segundo a categoria profissional:

Tabela 5 – Categoria profissional por sexo dos profissionais das equipes de ESF do município de Maceió (AL), 2018

Categoria Profissional	Total	
	N	%
ACS	183	60,2
Auxiliar de Enfermagem	28	9,2
Enfermeiro/a	26	8,5
Médico/a	17	5,6
Odontólogo/a	11	3,6
Técnico de Enfermagem	27	8,9
Técnico de Saúde Bucal	12	4
Total	304	100

Fonte: Autora, 2018.

Os resultados encontrados quanto ao perfil dos profissionais da ESF são semelhantes aos dos demais estudos recentes que realizaram o perfil dos profissionais da ESF pelo Brasil, onde se observa não somente o aumento, mas a consolidação da força de trabalho feminina na área da saúde, fenômeno esse de abrangência mundial e que transfere para o âmbito da ESF a importância de incluir este aspecto na análise da precarização do trabalho no âmbito da saúde, pela desvalorização do trabalho feminino, o que pode se colocar como um desafio para a realização das ações da EPS (BRITO *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2016; SILVA; ALMEIDA, 2017).

5.4 Avaliação da satisfação com a educação permanente em saúde na ESF de Maceió (AL)

Apesar de não ter sido evidenciada uma relação estatística entre a avaliação da EPS, suas subdimensões e as categorias profissionais na ESF, é importante conhecer as fragilidades e as potencialidades em EPS em cada categoria, como forma de auxiliar na escolha de prioridades em EPS a serem trabalhadas em cada categoria profissional.

Buscou-se apresentar, a seguir, uma análise estatística fundamentada no ponto de vista tanto metodológico quanto no contexto de cada categoria profissional na ESF, e suas implicações para a avaliação geral da EPS, bem como cada uma de suas subdimensões.

5.4.1 Odontólogos e Técnicos de Saúde Bucal

Os técnicos de Saúde Bucal mostraram-se satisfeitos na avaliação geral da EPS. Destaca-se para esta categoria que a subdimensão com a pior avaliação é a subdimensão 1 – Educação Permanente, enquanto as outras duas subdimensões ficaram empatadas.

Já os odontólogos mostraram-se regularmente satisfeitos, coincidindo com os técnicos de saúde bucal quanto à pior avaliação da subdimensão 1 – Educação Permanente e numa melhor avaliação da subdimensão 3.

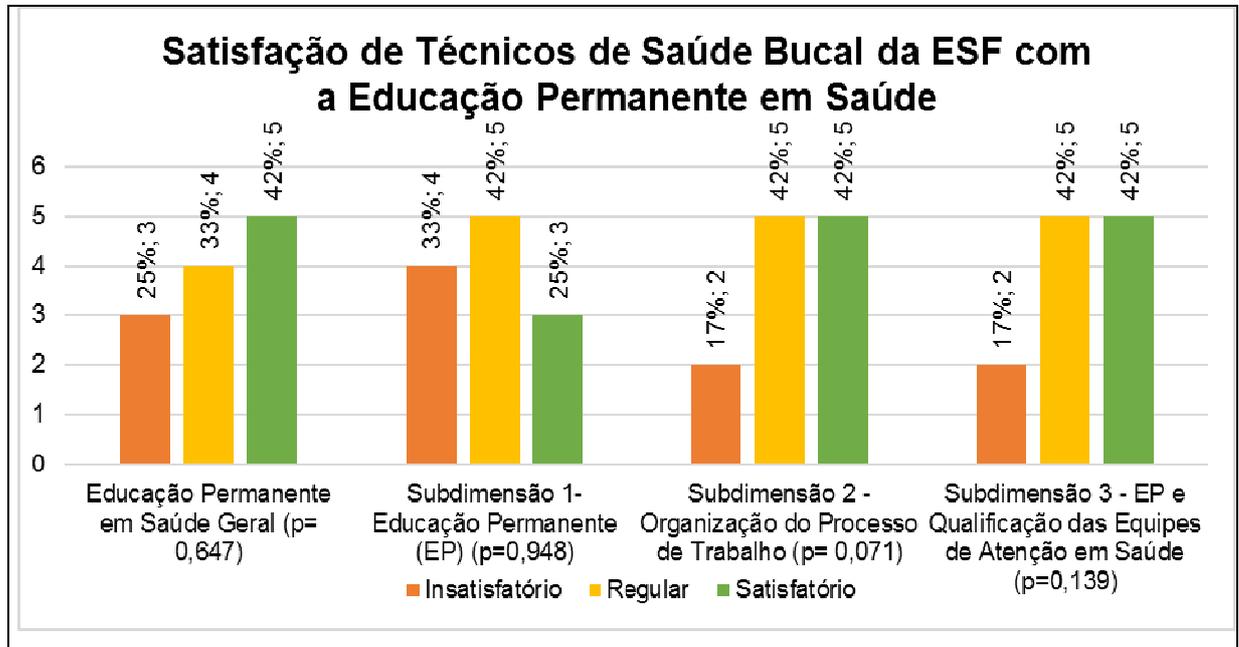
Com relação aos profissionais odontólogos e técnicos de Saúde Bucal, na realidade avaliada por este estudo, apesar de serem profissionais integrantes das equipes da ESF, não realizam atendimento exclusivo a um único território de abrangência, tal como as demais categorias profissionais. Muitas vezes, são responsáveis por atender a dois territórios, além da demanda aberta nas vagas de encaixes. Isso caracteriza uma sobrecarga de trabalho que pode estar dificultando a realização e o aproveitamento de ações de EPS, afetando negativamente a avaliação da EPS por esses profissionais, especialmente a primeira subdimensão, relacionada às ações de Educação Permanente recebidas.

Levando-se em consideração o contexto da formação técnica em saúde no Brasil, que surge de uma demanda de formação de mão de obra qualificada para atuar no crescente mercado médico-hospitalar, a educação permanente assume o caráter de educação continuada, com capacitações pontuais voltadas ao domínio de tecnologias específicas. No entanto, com o surgimento do SUS, a orientar a formação na área da saúde, passa-se a exigir, inclusive na formação de nível técnico, bases científicas e sociopolíticas, o que requer uma atitude emancipada e compromissada deste profissional com o direito universal à saúde (ASSIS *et al.*, 2008).

Em relação ao técnico de Saúde Bucal, muitos autores referem que esta categoria tem expandido sua atuação de forma lenta (ASSIS *et al.*, 2008). Entende-se que uma pior avaliação da subdimensão EP pelos técnicos de saúde bucal possa estar relacionada a um conjunto de fatores, tais como: formação profissional crítico-reflexiva direcionada pelo SUS, sobrecarga de trabalho (apontada anteriormente no contexto profissional do odontólogo que atende à mesma demanda) e profissão historicamente mais recente e não presente em todas as equipes da ESF,

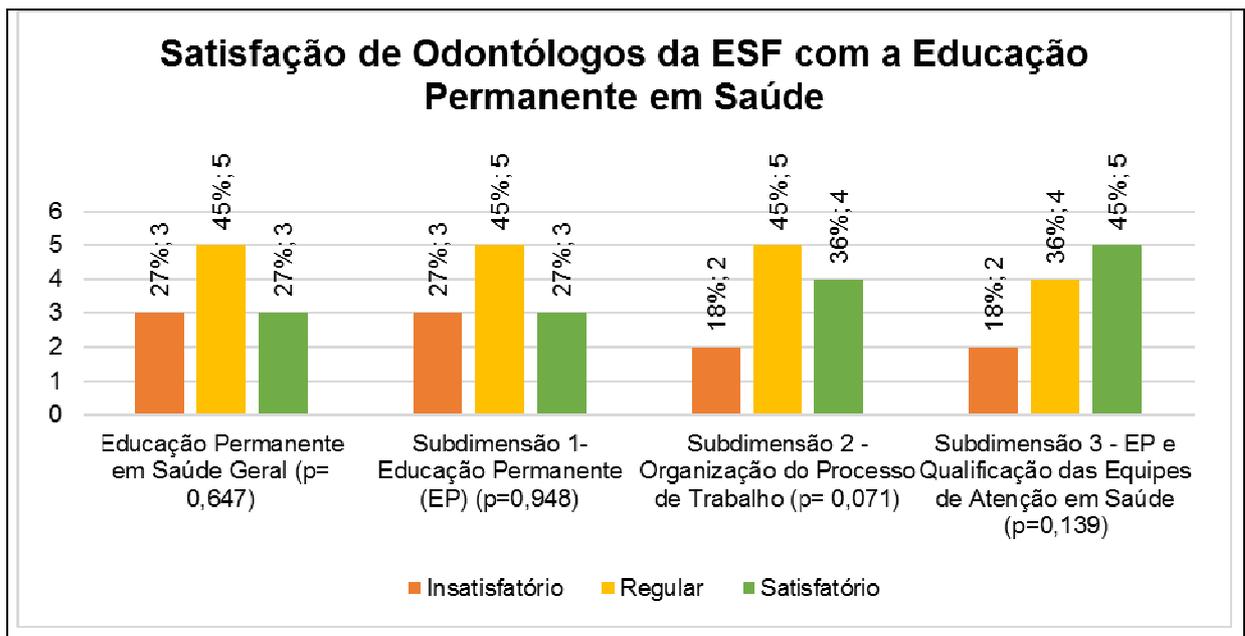
possivelmente perdendo representatividade no foco do planejamento das ações de EPS.

Gráfico 1 – Satisfação de Técnicos de Saúde Bucal da ESF com a EPS: medida geral e subdimensões, Maceió (AL)



Fonte: Autora, 2018.

Gráfico 2 – Satisfação de Odontólogos da ESF com a EPS: medida geral e subdimensões, Maceió (AL)



Fonte: Autora, 2018.

5.4.2 Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Técnicos e auxiliares de Enfermagem mostraram-se regularmente satisfeitos com a EPS, sendo mais bem avaliada por esta categoria a subdimensão 2 – Organização do Processo de Trabalho. A mais mal avaliada foi a subdimensão 3 – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção à Saúde.

Os enfermeiros mostraram-se satisfeitos, coincidindo com a categoria de técnicos e auxiliares de enfermagem quanto a uma melhor avaliação da subdimensão 2 e realizando uma pior avaliação da subdimensão 1 – Educação Permanente.

A boa avaliação da Organização do Processo de Trabalho para a Educação Permanente em Saúde, realizada tanto pela categoria de enfermeiros quanto pela categoria de técnicos e auxiliares de Enfermagem, aparenta ser um bom indicativo da redução da histórica assimetria das relações entre as categorias profissionais de enfermagem, marcada pela divisão não somente técnica, mas social do processo de trabalho.

Acredita-se que o fomento à formação crítico-reflexiva do profissional de nível médio na área da saúde, a partir do surgimento do SUS, como já sinalizado anteriormente para a categoria de técnicos de saúde bucal, pode ser um fator contribuinte para tal resultado, uma vez que antes esta formação e competência eram apenas concedidas ao enfermeiro (ASSIS *et al.*, 2008).

Considera-se que um processo de trabalho em que predomina a horizontalidade das relações, valorizando o conhecimento científico, as habilidades sociais, emocionais, filosóficas e o conhecimento empírico no cotidiano do trabalho junto à população, pode ser mais satisfatório para o profissional e para o atendimento das necessidades em saúde da população, como preconiza a Educação Permanente em Saúde (SANTOS, 2014).

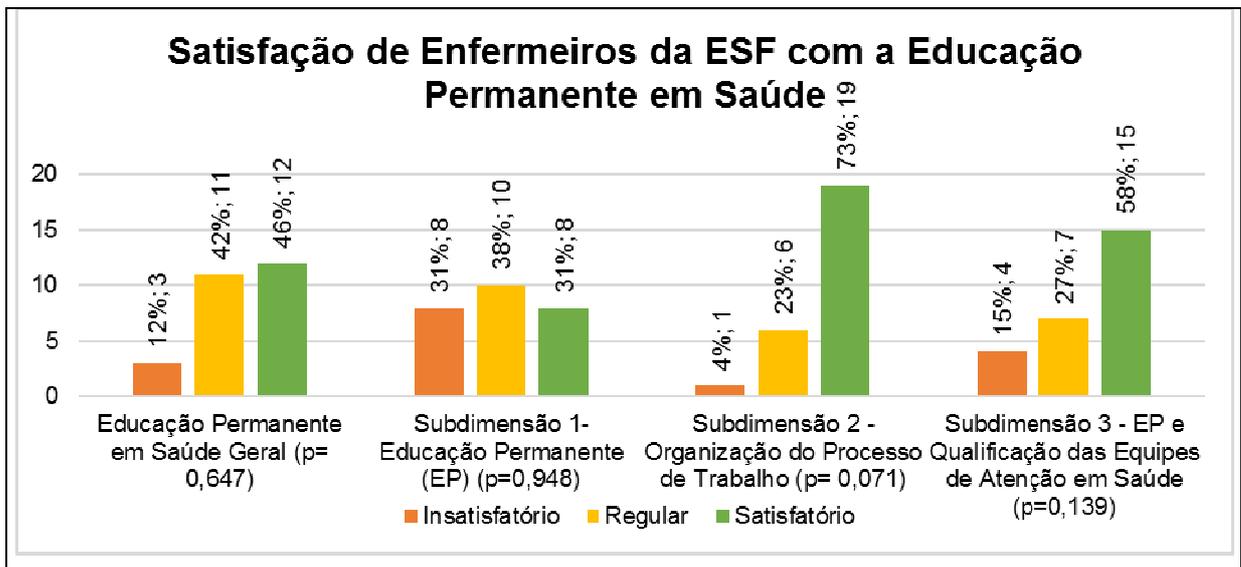
É consenso em muitos estudos que os Enfermeiros na ESF possuem maior autonomia e têm sido determinantes na definição logística de reconhecimento e atendimento das necessidades de cuidados da população, nas redes de atenção à saúde:

É o profissional que realiza a primeira escuta e organiza o acesso dos usuários que buscam a unidade. Evidências semelhantes foram identificadas em outros estudos, os quais abordaram as práticas das equipes da ESF, ressaltando a atuação da referida profissional em ações programáticas, visitas domiciliares e promoção da saúde (SILVA; ASSIS, 2015, p. 607).

Nesse sentido, é possível que a maior autonomia do enfermeiro na organização do processo de trabalho das ações programáticas de promoção e proteção à saúde favoreça o desenvolvimento de estratégias de EPS para a sua categoria profissional, influenciando para uma melhor avaliação da subdimensão 2 – Organização do Processo de Trabalho.

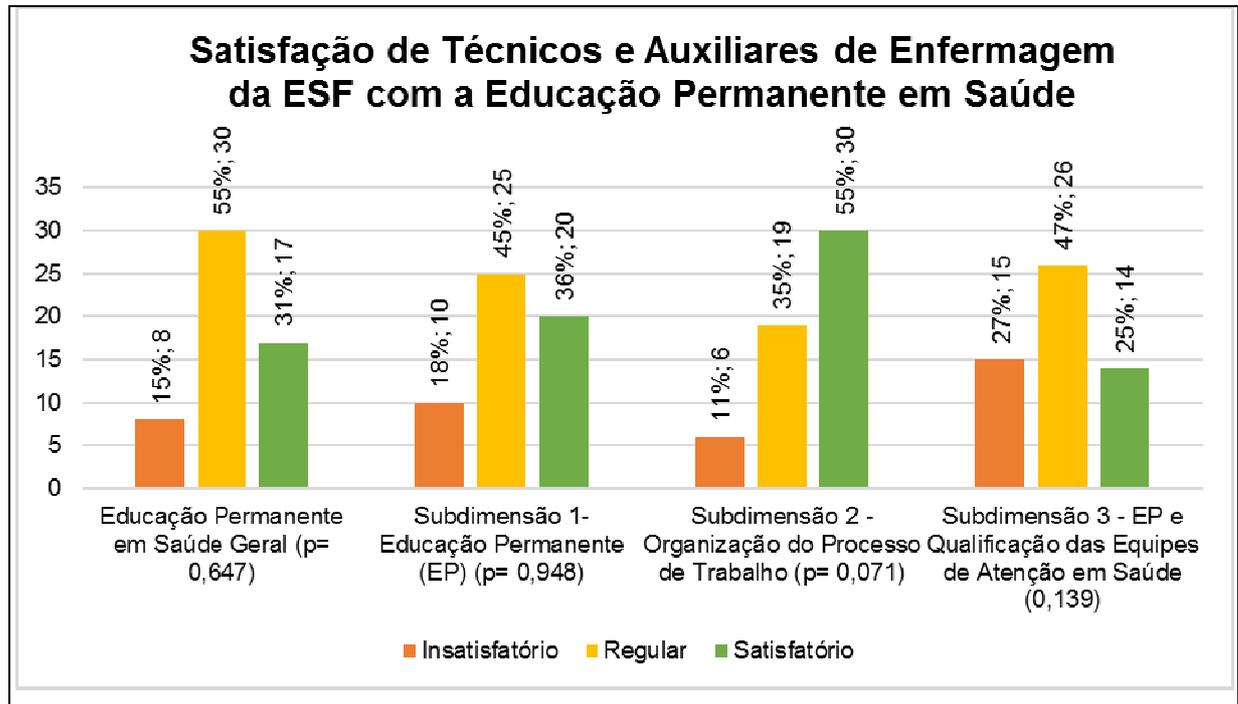
Com relação a uma pior avaliação pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem da subdimensão 3 e uma pior avaliação pelos enfermeiros da subdimensão 1, isso se deve possivelmente ao fato de que a subdimensão 3 está relacionada à qualificação do profissional para a realização de ações de Educação Permanente.

Gráfico 3 – Satisfação de Enfermeiros da ESF com a EPS: medida geral e subdimensões, Maceió (AL)



Fonte: Autora, 2018.

Gráfico 4 – Satisfação de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da ESF com a EPS: medida geral e subdimensões, Maceió (AL)



Fonte: Autora, 2018.

5.4.3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

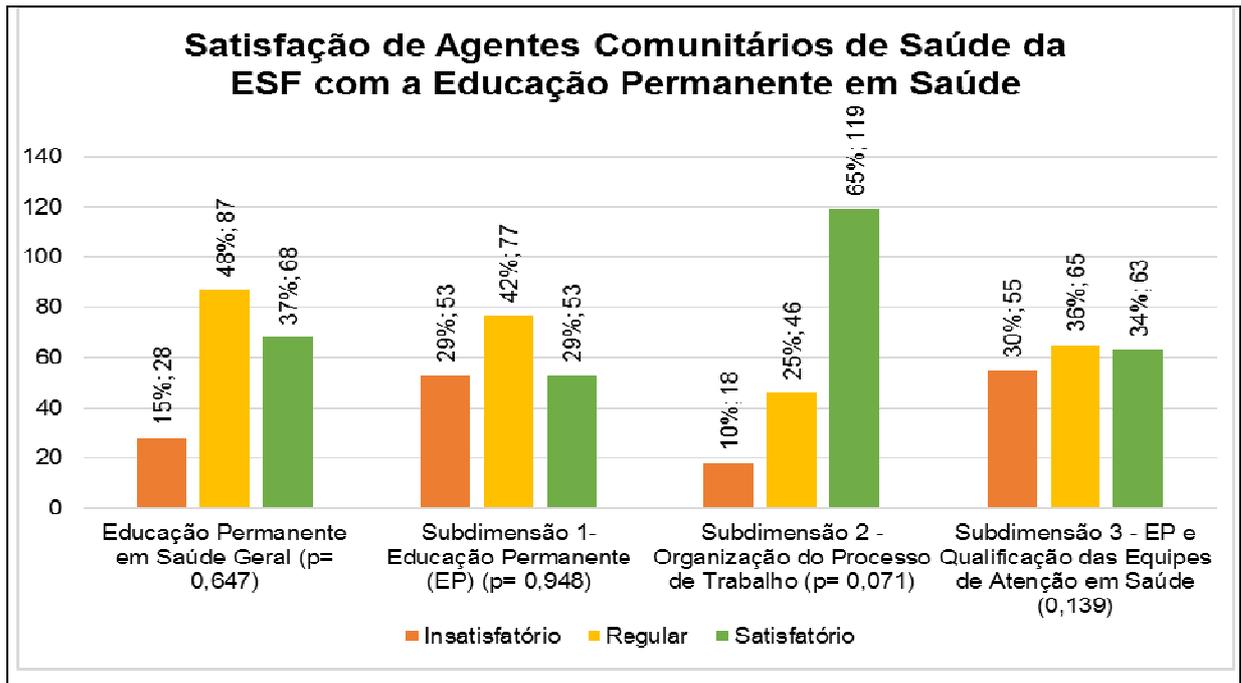
Os ACS mostraram-se regularmente satisfeitos com a EPS, avaliando melhor a subdimensão 2 – Organização do Processo de Trabalho, e pior a subdimensão 3 – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção em Saúde. A satisfação dos ACS com a Organização do Processo de Trabalho mostra-se semelhante à de outros estudos que avaliaram a satisfação com o trabalho desta categoria.

A satisfação dos ACS com o trabalho faz-se importante tendo em vista o papel de elo entre a comunidade e o serviço de saúde da ESF, exercido por esta categoria profissional. A motivação para o trabalho é fundamental à qualidade da atenção à saúde fornecida para a população (CASTRO *et al.*, 2017).

Castro *et al.* (2017) afirma que o ACS costuma viver uma dualidade quanto à satisfação com o seu trabalho, pois a maior satisfação costuma estar relacionada ao contato com a comunidade, por exercer um papel de poder na melhoria da qualidade de saúde daquela população, enquanto as insatisfações costumam relacionar-se à falta de reconhecimento profissional entre os colegas da equipe de ESF, por esta categoria não representar um núcleo especializado de conhecimento.

Dada a complexidade demandada pelo território de saúde na ESF, faz-se necessário apoiar institucionalmente os processos de EPS para os ACS, com vistas a melhorar a satisfação desta categoria com a EPS recebida, traduzindo-a num aperfeiçoamento do processo de trabalho.

Gráfico 5 – Satisfação de Agentes Comunitários de Saúde da ESF com a EPS: medida geral e subdimensões, Maceió (AL)



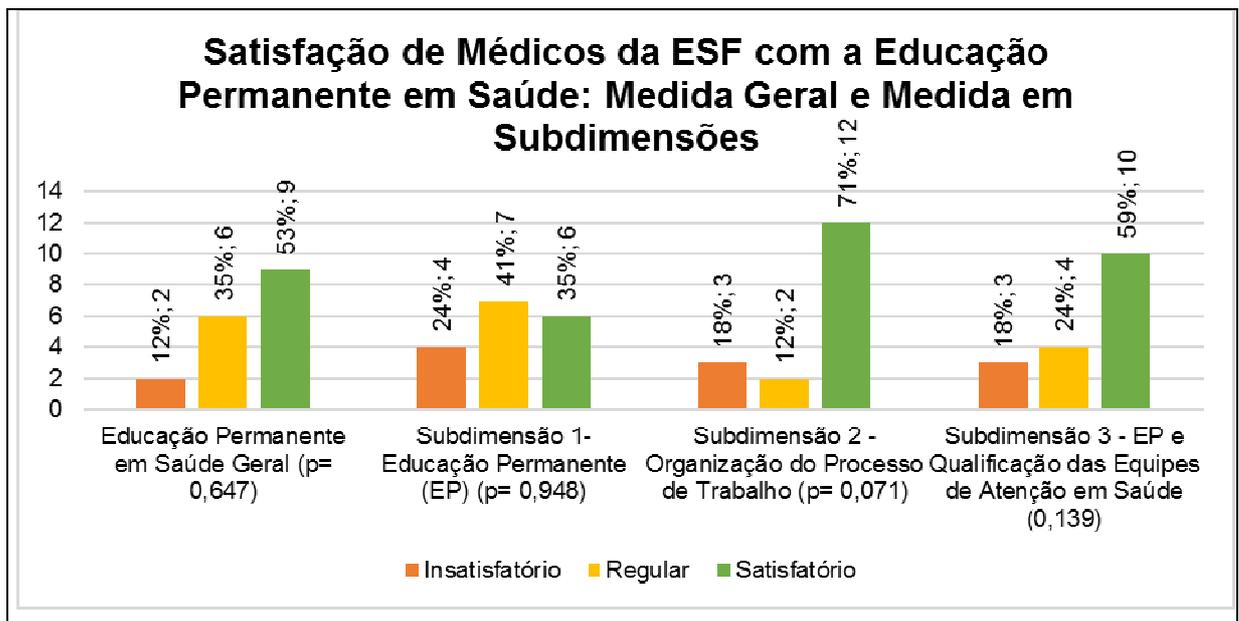
Fonte: Autora, 2018.

5.4.4 Médicos

Os médicos mostraram-se satisfeitos com a EPS, avaliando melhor a subdimensão 2 – Organização do Processo de Trabalho e efetuando uma pior avaliação na subdimensão 1 – Educação Permanente. Deve-se levar em consideração que nos últimos anos houve muitas iniciativas governamentais à formação médica para atuação no SUS, tanto de graduandos (reforma curricular com vistas à atuação generalista e ênfase no papel social, atuação em equipe multiprofissional, foco na promoção e proteção da saúde) (CAVALLI; RIZZOTTO, 2018) quanto na formação de médicos e profissionais atuantes no SUS (Programa Mais Médicos e Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família – PRMMSF) (MATOS *et al.*, 2014; ENGSTROM *et al.*, 2016), o que pode ter refletido numa melhor avaliação da EPS por esta categoria profissional.

A pior avaliação da subdimensão 1 – Educação Permanente por esta categoria deve ser considerada não somente quanto ao conteúdo abordado, mas também aos recursos tecnológicos disponíveis na ESF para a realização da EPS e quanto ao apoio institucional para a realização deste processo, valorizando-o inclusive como produção de serviço de saúde, uma vez que o profissional qualificado consegue atender de forma oportuna às necessidades da população.

Gráfico 6 – Satisfação de Médicos da ESF com a EPS: medida geral e subdimensões, Maceió (AL)



Fonte: Autora, 2018.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação apontada neste estudo relaciona-se com o número de participantes menor que o estimado para o estudo. Isso se deveu principalmente a limitações financeiras do projeto para custear passagens e bolsistas suficientes no tocante à realização da coleta.

Apesar de ter-se realizado reunião para o planejamento da coleta, a prática mostrou-se mais dificultosa, sendo necessário realizarem-se mais deslocamentos às unidades do que o previsto, uma vez que frequentemente se combinava a entrega dos instrumentos, e quando o estudante chegava à USF, os questionários ainda não estavam respondidos, ou até mesmo tinham sido extraviados, demandando mais recursos em cópias e impressão.

Outra justificativa para o número da amostra ter sido menor que o previsto foi a coincidência do período da coleta de dados com o calendário acadêmico dos estudantes bolsistas e voluntários do estudo, o que os mantinha sobrecarregados e com menos tempo para realizar os deslocamentos necessários para a abrangência de todas as equipes de ESF.

Ainda assim, considerando o referencial metodológico deste trabalho, a quantidade de participantes mostrou-se mais que satisfatória para a verificação da confiabilidade do IAEPS-ESF – média de 23,3 participantes por item do instrumento.

Apesar de o questionário IAEPS-ESF ter sido formulado pelo CIES-AL e pelo corpo de pós-graduação do Programa de Residência Multiprofissional em ESF – instituições reconhecidamente de competência técnica para analisar e validar o construto “Educação Permanente em Saúde”, com base em questionário baseado na AMAQ-AB, que é amplamente utilizado pelo Ministério da Saúde –, o método de construção do questionário não seguiu o padrão de validação de construto proposto pela psicometria, o que pode ter influenciado para um menor valor de alfa de Cronbach à subdimensão 3, comprometendo a capacidade do questionário em avaliar esse aspecto especificamente.

Não foi possível avançar quanto aos procedimentos de validação externa devido a dificuldades em se obter dados estatísticos confiáveis no que tange a indicadores de processo de EPS mínimos junto aos órgãos governamentais competentes, devido à subnotificação do registro – tais como a quantidade de

capacitações realizadas pelos profissionais, ou mesmo quanto a indicadores de saúde que reflitam as mudanças do processo de trabalho pela EPS.

Acredita-se que muito ainda se deve avançar nesta seara do conhecimento, no sentido de tornar mais objetivo e claro o impacto da PNEPS na situação de saúde da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IAEPS-ESF apresentou um bom padrão de confiabilidade, com o valor geral de 0,876 para o alfa de Cronbach, indicando a homogeneidade no entendimento dos profissionais acerca dos padrões de qualidade avaliados, estando validada a sua consistência interna.

Recomenda-se a retirada do item “As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários” na subdimensão 3 – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção à Saúde, pois foi observada melhoria do alfa de Cronbach da subdimensão com a sua remoção (alfa de Cronbach após a remoção do item = 0,741).

Com relação à satisfação dos profissionais da ESF com a EPS no município de Maceió (AL), estes se mostram regulamente satisfeitos e especialmente satisfeitos com a Organização do Processo de Trabalho para o desenvolvimento da EPS (avaliados na subdimensão 2), e especialmente insatisfeitos com relação às ações e estratégias de EPS desenvolvidas para eles (avaliadas na subdimensão 1). No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da EPS pelas categorias profissionais.

Assim, espera-se que o instrumento IAEPS-ESF venha a contribuir para uma avaliação mais objetiva das necessidades em EPS na ESF, auxiliando na elaboração de estratégias eficazes da política de EPS no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Participação Social. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Alagoas - PDR/AL**: revisão no ano 2011. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Diretor-Regionalizacao.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2018.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Brasília, DF: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>. Acesso em: 14 jul. 2018.

ANDRADE, R. S. de *et al.* Processo de trabalho em Unidade de Saúde da Família e a educação permanente. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00108>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00108.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

ASSIS, A.S. et al. Formação técnica e profissional em saúde: processo histórico e novos desafios para a escola de formação em saúde da família Visconde de Sabóia. **SANARE**, Sobral, v.7, n.2, p.54-61, jul./dez. 2008. ISSN 2317-7748 versão online. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/32/27>. Acesso em: 09 de set. 2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2018.

BARBOSA, V. B. A; FERREIRA, M. L. S. M; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n. 1, p. 56-63, 2012. ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21007/16999>. Acesso em: 16 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores do PMAQ**: resolutividade. Brasília, DF: MS. 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2464. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. ((Série C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 85-334-0817-X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2015. Revogada pela Portaria **PRT** n.º 1.645, de 02 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3.124, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade – AMAQ**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária a saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Nasf:** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): terceiro ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). ISBN 978-85-334-1490-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde:** metodologia de formulação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>. Acesso em: 22 ago.2018.

BRITO, G. E. G. *et al.* Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, p. 434-445, 2016. ISSN: 1809-8363. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15770/8240>. Acesso em: 2 maio 2018.

CAPRA, M. L. P. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde.** 2011. 241 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CASTRO, T. A. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030190>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030190.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018.

CAVALLI, L. O.; RIZZOTTO, M. L. F. Formação dos médicos que atuam como líderes das equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, DF, v. 42, n. 1, p. 31-39, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n1/0100-5502-rbem-42-01-0031.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zctf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>. Acesso em: 1 set. 2018.

CUNHA C. M.; DE ALMEIDA NETO O. P. de; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391>. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3391/pdf. Acesso em: 1 set. 2018.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 de setembro 1978, Alma-Ata, URSS. Genebra: OMS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

ENGSTROM, E. M. *et al.* O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. **Tempus**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 241-252, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1863>. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1863/1594>. Acesso em: 18 fev. 2017.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007. 204 p. ISBN: 978-85-255-0616-3. Disponível em: Acesso em: 13 nov. 2018.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014 DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf. Acesso em: 13 nov. 2018.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GONÇALVES, L.C. *et al.* Educação permanente sob o olhar de profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, supl. 1, p. 2390-2396, 2014. DOI: 10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201426. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9930/10224>. Acesso em: 16 jun. 2018.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.]

LEVITT, C.; HILTS, L. **Quality book of tools**. Hamilton: Master Innovation Press, 2010.

LOPES, S.R.S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007. ISSN 2317-6032. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/Vol18_2art06.pdf. Acesso em: 16 jun. 2018.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Mapa de Distribuição das Equipes de ESF por Distrito Sanitário em Maceió-AL**. Disponível em: http://www.sms.maceio.al.gov.br/_img/Mapa_psf.png. Acesso em: 24 de agosto de 2018.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. ISSN:1806-4892. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>. Acesso em: 15 set. 2018.

MATOS, F. V. de *et al.* Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a06v38n2.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a14.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

MOREIRA, I. J. B. *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)967](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/967/761>. Acesso em: 1 maio 2018.

MORESI, E (org.). **Metodologia da pesquisa**. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília, 2003.

OLIVEIRA, J. R. **Acolhimento na atenção-básica à saúde na perspectiva do enfermeiro**. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-64, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2016.

OLIVEIRA, M. P. R. de *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em: 1 maio 2018.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 2000.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999a.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Sub-Direcção Geral para a Qualidade Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**: Moniquor. 2. ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999b.

PRIMI, Ricardo. Psicometria: fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes. **Aval. Psicol.**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 297-307, 2012. ISSN 2175-3431. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a15.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2016.

SANTOS, D. de S. **Potencial criativo e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção**. 2014. 198 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SANTOS, D. de S. *et al.* The health-disease process and the family health strategy: the user's perspective. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 918-925, 2014a. DOI: 10.1590/0104-1169.0002.2496. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/0104-1169-rlae-0002-2496.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2016.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SANTOS, G.E.O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. [São Paulo: USP, 2011]. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>. Acesso em: 8 ago. 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais [Online]**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, jun. 2009. DOI: 10.4000/rccs.343. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/343>. Acesso em: 8 ago. 2016.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

SILVA, A. L. F. da *et al.* Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 975-984, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0987>.

SILVA, E. A.; ALMEIDA, S. S. C. Mulher e trabalho no mundo contemporâneo: a conquista do espaço e as implicações para o processo saúde-doença. *Revista História e Cultura, Franca*, v. 6, n. 3, p.306-324, dez-mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18223/hiscult.v6i3.2019>. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/historiaecultura/article/view/2019>. Acesso em: 23 de ago. 2018.

SILVA, S.; ASSIS, M. O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidades no Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enfer. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 603-609, 1 ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400010>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103387>. Acesso em: 21 de ago. 2018

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>. Acesso em: 16 jun. 2018.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

TENÓRIO, E. A.; SANTOS, D. S. **Processo saúde-doença e estratégia saúde da família**: os significados atribuídos pelos usuários. 2011. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

APÉNDICE

APÊNDICE A – Solicitação de Autorização para Pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (AL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

À
Secretaria de Municipal de Saúde de Maceió (AL)

Eu, Elaine de Albuquerque Tenório Pereira, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 07685273411 e no RG sob o nº 3013641-5, COREN-AL: 273.210, residente e domiciliada à Rua Industrial José Fernandes Ferreira, nº 96 – Feitosa, CEP 57042-330, nesta cidade de Maceió (AL), venho respeitosamente à presença de Vossa Senhoria solicitar autorização para realização da pesquisa de mestrado intitulada “VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO AVALIATIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Débora de Souza Santos, docente na Universidade Federal de Alagoas. Trata-se de um estudo de validação de um instrumento avaliativo de educação permanente em saúde, transversal e de natureza quantitativa, a ser desenvolvido com todos os trabalhadores inseridos na rede de Atenção Básica em Saúde e, conseqüentemente, envolvendo todos os distritos sanitários do município de Maceió (AL), mediante sorteio para composição da amostra desta pesquisa. Este estudo encontra-se inserido em projeto de pesquisa mais amplo, financiando pela FAPEAL, em parceria com o CNPq, a SESAU e o Ministério da Saúde, através do edital de chamada nº 6/2016, do Programa Pesquisa pelo SUS – PPSUS, intitulado “Práticas e Tecnologias de Educação Permanente em Saúde – Pesquisa intervenção com foco no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família”. O projeto de pesquisa encontra-se em anexo para a sua apreciação. Uma vez autorizada por Vossa Senhoria, as pesquisadoras comprometem-se em apresentar os resultados e discussões obtidos ao término do trabalho.

Atenciosamente,

Maceió (AL), ____ de _____ de 2016

Elaine de Albuquerque Tenório Pereira

ANEXOS

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

A. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Sexo: _____

Idade: _____

Tempo de atuação em serviço: _____

Categoria profissional: _____

Nível de escolaridade: _____

Renda: _____

1 Educação Permanente

1.1 As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidos com os profissionais da Saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

1.2 Os serviços de saúde utilizam o apoio matricial como estratégia de educação permanente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

O serviço de saúde utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes em aspectos em que estas julguem necessitar de apoio, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial nos serviços: atuação da coordenação dos serviços de saúde junto às equipes, a fim de apoiar o

desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com *expertise* na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe da gestão em conjunto com as equipes de saúde.

Essa dimensão gerencial e pedagógica da intervenção com os serviços resulta na qualificação dos processos de trabalho e dos trabalhadores.

1.3 Os serviços de saúde dispõem de estratégias que estimulam a troca de experiências.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

São disponibilizados mecanismos presenciais e/ou virtuais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.

1.4 A gestão dos serviços de saúde garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A gestão dos serviços de saúde garante momentos para a realização de reuniões de equipe. Nesses espaços são discutidos temas referentes à organização do processo de trabalho, ao planejamento, ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, à construção de projetos terapêuticos singulares, à avaliação das ações, à educação permanente, à integração e à troca de conhecimentos entre os profissionais. Nesse espaço há, também, a participação dos apoiadores institucionais e matriciais, através de discussão durante as reuniões. Esses momentos têm periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.

1.5 A gestão dos serviços de saúde promove articulações de forma a propiciar que as unidades de saúde sejam espaços de formação e aprendizagem.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A gestão dos serviços de saúde estimula processos de formação e produção de conhecimento, tais como: pesquisas, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. São exemplos: os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, das especializações, de residências multiprofissionais etc. A gestão oferta cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoria/tutoria.

1.6 Você se sente fazendo parte do processo de aprendizagem e ensino no seu cotidiano de práticas na qualificação de profissionais de saúde, na formação de estudantes de nível médio, graduação e pós-graduação.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A participação dos profissionais da gestão e equipes de servidores em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por Instituições de Ensino Superior, Escolas de Saúde Pública, Escola Técnica do SUS e/ou Centros Formadores. Responsabiliza-se por articular a formulação, a execução e a implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levam em consideração as necessidades e dificuldades identificadas, a relevância do tema, o interesse do profissional e do serviço, o tempo de serviço, o desempenho, a dedicação, entre outros.

Nº da Assertiva	1	2	3	4	5	6	Soma total
Resultados obtidos							

Subdimensão	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Educação permanente	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

2 Organização do processo de trabalho

2.1 A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias, e informações oriundas dos sistemas de informações e de outras fontes. Identifica durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares.

A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância, em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho.

A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e integração dos saberes popular e técnico-científico, ampliando assim a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população, e também o protagonismo desses atores.

2.2 A equipe realiza reuniões periódicas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenalmente), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir questões referentes a questões administrativas e ao funcionamento das unidades de trabalho, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos

que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância, SAMU e outros), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, entre outros.

2.3 O serviço realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

O serviço monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.

2.4 As práticas de educação permanente são realizadas nas suas ações no seu ambiente de trabalho que não seja a educação continuada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

As práticas de educação permanente ocorrem nos ambientes de trabalho de forma que sejam inseridas na rotina da equipe. A equipe organiza a agenda de forma a proporcionar esses momentos, ou ocorrem em forma de capacitações e atualizações fora dos horários e ambiente de trabalho. Deve-se averiguar se essas práticas de educação permanente estão realmente sendo realizadas a partir de problematizações das necessidades do trabalho ou estão tomando um caráter de educação continuada, sem que possam ser utilizadas no trabalho.

Nº da Assertiva	1	2	3	4	Soma total
Resultados obtidos					

Subdimensão	Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Organização do processo de trabalho	Pontos	0 a 8	9 a 16	17 a 24	24 a 31	32 a 40

3 Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção à Saúde

3.1 Os profissionais possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho nos diversas áreas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Os profissionais têm formação qualificada para atuar em suas áreas específicas. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas, promovendo um melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como a melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: Especialização; Cursos de aperfeiçoamento, Atualizações; Oficinas; Residências.

3.2 A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação nos serviços de saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A equipe participa de cursos de atualização e qualificação disponibilizados, considerando as necessidades e dificuldades identificadas por ela. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação nos serviços de saúde.

3.3 As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

As equipes participam de atividades de educação e apoio matricial a distância como: participação dos trabalhadores em cursos de Educação à Distância – EAD (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB, como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre

outros. As atividades de educação e apoio matricial a distância podem, além de aumentar a resolutividade clínica dos profissionais dos serviços de saúde, possibilitar a abertura de um canal de diálogo dos profissionais da AB com outros profissionais e serviços.

Nº da Assertiva	1	2	3	Soma total
Resultados obtidos				

Subdimensão	Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Educação Permanente	Pontos	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

***Campo de preenchimento exclusivo do pesquisador**

Nº da Assertiva	1	2	3	Soma total
Resultados obtidos				

***Campo de preenchimento exclusivo do pesquisador**

Subdimensão	Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Educação Permanente e Qualificação das equipes Atenção à Saúde	Pontos	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

***Campo de preenchimento exclusivo do pesquisador**

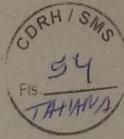
Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1 pt.	2 pts.	3 pts.	4 pts.	5 pts.
Educação permanente e Qualificação das equipes de Atenção à Saúde					
Organização do processo de trabalho					
Educação Permanente					
Soma dos Pontos					
Média dos pontos: _____ (soma dos pontos de cada subdimensão/ 3)					

***Campo de preenchimento exclusivo do pesquisador**

Classificação geral da Educação Permanente segundo os trabalhadores da ESF

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA COLETA DE DADOS

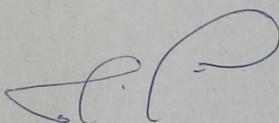
ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800.747 2017 MINUTA 5
INTERESSADO	Elainey de Albuquerque Tenório Pereira
ASSUNTO	Solicita autorização para a pesquisa sobre validação de instrumento avaliativo de educação permanente na atenção básica

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 31/01/2017

- Autoriza-se Elainey de Albuquerque Tenório Pereira, da Universidade Federal de Alagoas, a pesquisa intitulada: "Validação de instrumento avaliativo de educação permanente na atenção básica".
-
- A pesquisa será realizada com os profissionais que atuam na Atenção Básica da Secretária de Saúde de Maceió-AL. Trata-se de um estudo transversal e de natureza quantitativa.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.



JOSÉ THOMAZ NONÔ
Secretário Municipal de Saúde

Rua Dias Cabral, nº 569, Sala 407, Centro, CEP 57020-250
Maceió/AL - Fone: (082)3315-5183
www.maceio.al.gov.br/sms/

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”

Eu,.....
, tendo sido convidad(o/a) a participar como voluntári(o/a) do estudo **“VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO AVALIATIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**, recebi da Dr.^a Débora de Souza Santos, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a validar um instrumento psicométrico de avaliação de educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Maceió (AL), junto aos profissionais da área de saúde.
- Que a importância deste estudo é pensar a política de educação permanente em saúde na ESF a nível local, adequando-a às necessidades dos profissionais e ao enfrentamento dos desafios locais, visando contribuir com a qualificação da assistência à saúde da população, contemplando-a de forma integral, em consonância com os princípios do SUS.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: validar um instrumento psicométrico de avaliação de educação permanente em saúde na ESF, no município de Maceió (AL), junto aos profissionais da área de saúde e avaliar as práticas de Educação Permanente em Saúde na óptica dos profissionais de saúde da ESF do município de Maceió (AL).
- Que esse estudo começará em janeiro de 2017 e terminará em agosto de 2018.

- Que eu participarei da seguinte etapa: coleta de dados através do Instrumento de Avaliação da Educação Permanente da Estratégia Saúde da Família.
- Que não existem outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados, já que inexistem publicações sobre o assunto na minha equipe de ESF que possam ser acessadas pelos pesquisadores.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são de ordem emocional, não havendo riscos à minha integridade física, como o cansaço ao responder ao instrumento ou um possível constrangimento. Como forma de minimizar estes incômodos, o instrumento será aplicado em local reservado, de minha escolha, sendo garantida a confidencialidade dos dados. A pesquisadora oferecerá a mim todo o apoio para qualquer eventualidade não prevista, e receberei o encaminhamento, a avaliação e o tratamento necessários.
- Que deverei contar com a seguinte assistência: no caso de dúvidas sobre a pesquisa e a entrevista, solicitarei por *e-mail* as informações, sendo responsável por ela a Dr.^a Débora de Souza Santos, no endereço **debora.santos@esenfar.ufal.br**.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, ainda que não diretamente, são: a oportunidade de reflexão sobre as práticas de educação permanente em saúde em meu serviço, além de que os resultados desta pesquisa podem auxiliar no planejamento e no melhoramento destas práticas no meu cotidiano.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: ao término da entrevista, o instrumento será incluído na pesquisa, sem que meu nome seja vinculado ao TCLE, de forma que os pesquisadores não saberão a quem os dados pertencem.
- Que eu serei informado sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo através do *e-mail* **debora.santos@esenfar.ufal.br**.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, poderei retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

- Que as informações obtidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto à equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto através de revistas científicas e congressos.
- Que o estudo não me acarretará nenhuma despesa, uma vez que o pesquisador se deslocará para meu local de trabalho.
- Que a minha participação nesta pesquisa não acarretará nenhum prejuízo à minha saúde física ou mental.
- Que eu nada receberei e nada pagarei para participar da pesquisa, mas deverei ser indenizado por todos os danos que venha a sofrer por ter participado da pesquisa. Para essas despesas foi-me garantida a existência de recursos.
- Que assinarei duas vias idênticas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ambas contendo as assinaturas do responsável por este estudo e da testemunha de minha escolha.
- Que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando ciente de que a equipe de pesquisa possuirá a outra via arquivada, como forma de garantir a mim, participante do estudo, o cumprimento dos requisitos necessários para a ética da pesquisa com seres humanos, sem que isso comprometa o sigilo da minha identificação na pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar, e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Contato de urgência: Dr.^a Débora de Souza Santos
Universidade Federal de Alagoas
Endereço: *Campus* A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária
Maceió – AL, CEP: 57072-900
Bloco: /Nº: /Complemento: ESENFAR Sala 207
Telefone: (82) 9999-3016

Endereço d(os,as) responsável(e,is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):
Universidade Federal de Alagoas

Endereço: *Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária*

Maceió – AL, CEP:57072-900

Bloco: /Nº: /Complemento: ESENFAR, Sala 207

Telefones: (82) 99999-3016; (82) 99997-3667

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., *Campus A. C. Simões, Cidade Universitária*

Telefone: 3214-1041

	<i>Débora de Souza Santos</i>
<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal)</p> <p>Rubricar as demais folhas</p>	Dr. ^a Débora de Souza Santos
Testemunha	

ANEXO D - DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E A DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS

Nós, mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Elaine de Albuquerque Tenório Pereira e Prof.^a Dr.^a Débora de Souza Santos (orientadora), pesquisadoras do projeto intitulado “VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO AVALIATIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA”, ao tempo que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não. Declaramos, ainda, que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, através de instrumento psicométrico de Avaliação da Educação Permanente na Atenção Básica, serão utilizados para validar o referido instrumento junto aos trabalhadores da saúde da Atenção Básica no município de Maceió (AL). Após a conclusão da pesquisa, os instrumentos com os dados coletados serão armazenados em banco de dados de posse das pesquisadoras por até dez anos, a contar da data de conclusão da pesquisa (entrega em capa dura). Após este prazo, serão destruídos.

Maceió, de de

Elaine de Albuquerque Tenório Pereira – Mestranda

Prof.^a Dr.^a Débora de Souza Santos – Orientadora