

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

KESIA JACQUELINE RIBEIRO OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO SUPORTE À TRANSFERÊNCIA DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

MACEIÓ

2017

KESIA JACQUELINE RIBEIRO OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO SUPORTE À TRANSFERÊNCIA DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, ciência, tecnologia e inovação para o cuidado.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate

Coorientadora: Profa. Dra. Célia Alves Rozendo

MACEIÓ

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- O48s Oliveira, Kesia Jacqueline Ribeiro.
Avaliação do suporte à transferência das ações de educação permanente em saúde: perspectiva das equipes de enfermagem da estratégia saúde da família. / Kesia Jacqueline Ribeiro Oliveira. – 2017.
117 f. : il.
- Orientadora: Patrícia de Carvalho Nagliate.
Coorientadora: Célia Alves Rozendo.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia, Maceió2017.
- Bibliografia: f. 74-90.
Apêndices: f. 91-95.
Anexos: f. 96-117.
1. Educação permanente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Profissionais de enfermagem. 5. Transferência de treinamento. I. Título.

CDU: 616-083:374

KESIA JACQUELINE RIBEIRO OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO SUPORTE À TRANSFERÊNCIA DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

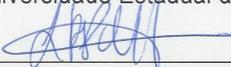
Aprovada em: 15 de dezembro de 2017.



Orientadora: Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate (UFAL)

Banca Examinadora

Profa. Dra. Débora de Souza Santos
Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho (UFAL)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me sustentou nas diversas dificuldades vividas, renovando-me quando achava que não mais conseguiria e sempre colocando pessoas maravilhosas no meu caminho, permitindo realizar um sonho.

Aos meus pais, por terem sido os maiores incentivadores, por não me deixarem desistir quando parecia impossível, e por provarem que somos capazes de superar tudo quando nossa fé e força de vontade são maiores que qualquer obstáculo.

Ao meu esposo Roberto, pela compreensão nos finais de semana que foi preciso ficar em casa, e, por sempre respeitar-me, pois naquele momento meu Mestrado era prioridade.

À minha irmã Keila, cunhado e sobrinhos por entenderem minha ausência e torcerem por mim incondicionalmente.

Aos meus sogros e cunhada, pelo apoio e constantes orações.

À minha orientadora, Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate pela disposição em orientar-me, pela confiança, por compreender as dificuldades e sempre incentivar-me.

À minha coorientadora, Prof. Dra. Célia Alves Rozendo pela disposição, pela paciência, pelo carinho, por ter corrido contra o tempo ao meu lado e, principalmente, por acreditar no meu potencial, mesmo em meio às dificuldades.

Aos membros da banca pela disponibilidade, em avaliar e contribuir com o aperfeiçoamento deste estudo.

À Escola de Enfermagem e Farmácia, em especial ao Curso de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos valiosos que ministraram.

À minha amiga de mestrado Raquel, que me incentivou no desenrolar desse trabalho e me ajudou a ter mais tranquilidade. Por me conceder momentos únicos de desabafos, e por compartilhar angústias e vitórias.

Aos meus colegas do curso do Mestrado pelo apoio no decorrer desta caminhada.

Aos meus colegas de trabalho que me deram o apoio nos momentos mais difíceis, por suportarem meus dias de cansaço e estresse, por me permitirem compartilhar os novos conhecimentos e experiências vividas neste mestrado.

Aos amigos que estiveram comigo, apoiando-me com palavras e atitudes de carinho e força.

Aos profissionais de Enfermagem da Saúde da Família, por participarem deste estudo, contribuindo para o avanço científico no campo da enfermagem.

Enfim, agradeço a todos que compartilharam comigo esta trajetória.

RESUMO

Este estudo traz avaliações sobre o suporte à transferência das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. O objetivo pretendido foi avaliar o suporte à transferência das ações de EPS sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratório-descritiva, transversal, do tipo Survey, realizado nos municípios de Maceió e Arapiraca, abrangendo 36 Equipes Saúde da Família. A amostra foi feita por conveniência não probabilística, composta por 152 profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: 1º) questionário contendo caracterização dos participantes e das ações de EPS e 2º) pelas Escalas de Suporte à Transferência de Treinamento (EST). Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva com ajuda do software Statistical Package for the Social Sciences versão 21. Os resultados indicaram: em relação a caracterização dos participantes houve predomínio (91,4%) do sexo feminino com média de idade de 41,07 anos; nas atividades de EPS: 67,1% foram ofertadas pela Secretaria Municipal de Saúde com carga horária realizadas em até 10 horas (65,1%); por meio de palestras (33,6%), sendo que estas contribuíram para atuação na USF (83,5%); Os dados obtidos pelas EST, na dimensão suporte psicossocial: 36,18% dos profissionais indicaram baixo suporte gerencial, social e organizacional no ambiente de trabalho; 40,79% indicaram baixo suporte da chefia imediata na remoção de obstáculos no ambiente de trabalho, fator esse situacional de apoio. E para as consequências associadas ao uso das novas habilidades 31,58% pontuaram ter baixo acesso às informações, bem como baixo suporte dos pares ou superiores hierárquicos. Na categoria do suporte material, 84,87% indicaram baixo suporte para qualidade, quantidade e disponibilidade de recursos materiais e financeiros, assim como para qualidade e adequação do ambiente físico. Desse modo, é necessário o planejamento de ações estratégicas de EPS por parte dos gestores, de modo que essas sigam o plano estadual de EPS e, assim, possam atender as reais necessidades e adequação do suporte material e do ambiente em que estão inseridos.

Palavras-chave: Educação permanente. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Profissionais de enfermagem. Transferência de treinamento.

ABSTRACT

This study evaluates the support to the transfer of the actions of Permanent Education in Health (PEH), from the perspective of the Nursing professionals of the Family Health Strategy. The objective was to evaluate the support to the transfer of PEH actions from the perspective of the Nursing professionals in the Family Health Strategy. This is a quantitative, exploratory-descriptive, cross-sectional study of Survey type, carried out in the municipalities of Maceió and Arapiraca, comprising 36 Family Health Teams. The sample was made for non-probabilistic convenience, composed of 152 Nursing professionals. Data was collected through two instruments: 1) a questionnaire containing the characterization of the participants and the actions of PEH and 2) by the Scales of Support to the Transfer of Training (SST). For the data analysis, descriptive statistics were used with the help of the Statistical Package for the Social Sciences software, version 21. The results indicated that in relation to the characterization of the participants there was a predominance (91.4%) of the female sex with a mean age of 41, 07 years; in PEH activities: 67.1% were offered by the Municipal Health Department with hours worked in up to 10 hours (65.1%); through lectures (33.6%), which contributed to the performance of the FHU (83.5%); The data obtained by SSTs in the psychosocial support dimension: 36.18% of the professionals indicated low managerial, social and organizational support in the work environment; 40.79% indicated low support of the immediate leadership in the removal of obstacles in the work environment, a situational support factor. And for the consequences associated with the use of the new skills, 31.58% had low access to information, as well as low support from peers or superiors. In the material support category, 84.87% indicated low support for quality, quantity and availability of material and financial resources, as well as for quality and adequacy of the physical environment. Thus, it is necessary to plan PEH strategic actions by the managers, so that they follow the state PEH plan and, thus, can meet the real needs and adequacy of the material support and the environment in which they are inserted.

Keywords:Permanent education.Primary health care.Family health strategy.Nursing professionals.Trainingtransfer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da distribuição dos DS de Maceió-AL e a cobertura da ESF	44
Figura 2 -	Mapa do município de Arapiraca-AL.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis dependentes e independentes	50
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem entrevistados quanto ao adequado e baixo suporte psicossocial à transferência de treinamento nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	53
Tabela 2 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem entrevistados quanto ao adequado e baixo suporte relacionado aos fatores situacionais de apoio nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	54
Tabela 3 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem aos fatores situacionais de apoio, nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	55
Tabela 4 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem quanto ao adequado e baixo suporte relacionado às consequências associadas ao uso das novas habilidades nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	57
Tabela 5 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem entrevistados quanto às consequências associadas às novas habilidades, nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	58
Tabela 6 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem entrevistados quanto o adequado e baixo suporte material nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	60
Tabela 7 -	Avaliação dos profissionais de Enfermagem entrevistados sobre o suporte material nos municípios de Maceió e Arapiraca.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CEPROAL	Centro de Ensino Profissionalizante de Alagoas
CESMAC	Centro de Ensino Superior de Maceió
CHA	Conhecimentos, Habilidades e Atitudes
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DS	Distritos Sanitários
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EST	Escalas de Suporte à Transferência de Treinamento
IMPACT	Modelo Integrado de Avaliação do Impacto de Treinamento
IMTEE	Modelo Integrado de Avaliação e Efetividade de Treinamento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAIS	Modelo de Avaliação Integrado e Somativo
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TD&E	Treinamento Desenvolvimento e Educação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização do problema	22
1.2	Justificativa	23
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	Educação permanente em saúde	26
3.2	Avaliação de treinamento	35
4	METODOLOGIA	43
4.1	Delineamento do estudo	43
4.2	Local do estudo	43
4.3	Amostra	45
4.3.1	Seleção das unidades.....	46
4.3.2	Seleção dos entrevistados.....	46
4.4	Participantes do estudo	46
4.5	Aspectos éticos	46
4.6	Coleta de dados	47
4.6.1	Instrumentos.....	48
4.6.2	Variáveis do estudo.....	49
4.7	Análise dos dados	50
5	RESULTADOS	51
5.1	Caracterização dos participantes atuantes na ESF e das atividades de EPS	51
5.2	Avaliação do Suporte à transferência de treinamento pelos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF	52
5.2.1	Suporte Psicossocial à Transferência de treinamento sob a avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.....	52
5.2.1.1	Suporte psicossocial para os fatores situacionais de apoio, de acordo com a avaliação dos profissionais de enfermagens atuantes na ESF.....	53

5.2.1.2	Suporte psicossocial às consequências associadas ao uso das novas habilidades de acordo com avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.....	56
5.2.2	Suporte material à transferências sob avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.....	59
6	DISCUSSÃO.....	63
6.1	Caracterização das atividades de EPS.....	63
6.2	Avaliação do Suporte à transferência de treinamento pelos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF	66
7	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICES.....	91
	APÊNDICE A - Tabela 1.....	92
	APÊNDICE B -Tabela 2	93
	APÊNDICE C -Tabela 3.....	94
	APÊNDICE D -Tabela 4	95
	ANEXOS.....	96
	ANEXO A -Ficha do Ministério da Saúde/Sistema de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica sobre as equipes de Maceió.....	97
	ANEXO B -Ficha do Ministério da Saúde/Sistema de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica sobre as Equipes de Maceió.....	98
	ANEXO C -Relação dos auxiliares de Enfermagem atuantes na ESF de Maceió.....	99
	ANEXO D -Divisão das unidades básicas de Arapiraca por distrito.....	104
	ANEXO E -Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	105
	ANEXO F -Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	106
	ANEXO G -Questionário contendo a caracterização dos participantes e das EST.....	109

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na Atenção Primária à Saúde (APS) teve início no período da graduação, por meio do estágio curricular de saúde coletiva, em 1996. Desde então, vivencio as fragilidades da formação e da qualificação na área da saúde.

Com o término da graduação em 1997, ingressei como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Arapiraca. Em 1998, após aprovação em concurso público, iniciei minhas atividades como enfermeira da ESF no município de Maceió. Essas vivências possibilitaram uma maior aproximação do ambiente de trabalho, incluindo as ações de EPS ofertadas para os profissionais de enfermagem, atuantes na ESF, e o suporte oferecido pela gestão para a aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Ao longo da minha jornada de trabalho, atuei como docente no Curso de Formação em Auxiliar de Enfermagem, no Centro de Ensino Profissionalizante de Alagoas (CEPROAL), adquirindo experiência na área da docência, o que se revelou uma proposta alternativa de qualificação profissional.

Aproximei-me da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e tive a compreensão sobre a relevância dessa política a partir do ano de 2011, quando comecei a atuar como preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Tive a oportunidade de trabalhar com turmas de graduação de todos os cursos da área da saúde, desenvolvendo um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que me possibilitou a troca de conhecimentos, incluindo o planejamento coletivo das ações. Em 2016, ingressei no PET/GraduaSUS do Centro de Ensino Superior de Maceió (Cesmac), colaborando com a reformulação curricular da graduação na área da saúde e no desenvolvimento das atividades de EPS junto à Equipe Saúde da Família na Unidade de Saúde.

Em 2014, cursei especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, o que me proporcionou conhecimentos na área de preceptoria e contribuiu para o meu despertar sobre a integração ensino-serviço.

No início de 2015, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado), da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL, o que me proporcionou o desenvolvimento deste estudo, que pretende contribuir para a reflexão acerca do que é necessário avaliar sobre as ações de EPS ofertadas para os profissionais de saúde, bem como o investimento na qualificação profissional.

Todavia, existem vários entraves, dentre eles, modificar a percepção dos gestores em relação ao desenvolvimento de planos de EPS, pautados na realidade dos serviços de saúde e em aspectos importantes para os profissionais de enfermagem de cada Unidade Básica de Saúde (UBS); em relação à resistência dos gestores em identificar o papel dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência, dada a condição de estarem em processo de reflexão e avaliação constantes; e ao suporte material adequado das UBS para o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos nas ações de EPS.

Desse modo, a experiência que adquiri na área de Saúde Coletiva, as inquietações sobre as dificuldades vivenciadas no contexto da APS em Alagoas e, em especial, na ESF, por meio dos profissionais de enfermagem, impulsionaram meu interesse para o aprofundamento sobre as ações de EPS recebidas pelos profissionais de enfermagem atuantes na ESF e sobre o suporte que é fornecido pela gestão para o desenvolvimento das ações inerentes às atividades-afins.

Assim, ao perceber que a EPS, além de ser incentivadora da reflexão sobre teoria e prática, também intervém como importante estratégia para fortalecer a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, ao compreender a significância da qualificação profissional, surgiu meu interesse pelo tema.

Um dos propulsores para o objeto deste estudo foi a pesquisa “Avaliação das Atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado de Alagoas”, direcionada por parte dos docentes do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia, entre os anos de 2013 e 2016, com suporte do CNPq, em 2013. Essa pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem das Unidades Saúde da Família (USF) e UBS nos municípios de Maceió e Arapiraca – Alagoas, tendo como objetivo geral avaliar as ações e o desenvolvimento da EPS no Estado de Alagoas.

Desse modo, surgiu o objeto deste estudo: o suporte à transferência das ações de EPS sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem da ESF.

No próximo capítulo, iniciamos com a introdução ao tema, seguido dos objetivos que se pretende alcançar. A revisão literária é dividida em duas seções: a primeira traz a trajetória da EPS e a segunda traça a avaliação de treinamento.

Em seguida informamos os resultados de caracterização dos participantes e das atividades de EPS realizadas pelos profissionais de enfermagem da ESF, para então apresentar os resultados das avaliações dos profissionais de enfermagem sobre o suporte à transferência de treinamento.

Por fim, apresentamos a conclusão deste estudo, oportunizando as contribuições, limitações e recomendações futuras.

1 INTRODUÇÃO

A Educação Permanente (EP) é uma estratégia político-pedagógica que surgiu no cenário internacional com o intuito de atender às necessidades do capitalismo, sendo um dos mais importantes meios de mudanças econômicas e industriais (GADOTTI, 1992; SCHULTZ, 1985). Entretanto, a proposta de EP realizada pela política de saúde teve o intuito de preparar o indivíduo em suas competências, visando melhorar a qualidade da assistência no local de trabalho (BÁRCIA, 1982).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), devido às lacunas na composição das equipes de saúde, produziu um novo modelo pedagógico para aprimorar as atividades na saúde, tendo em vista que a EP nos documentos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) existia apenas na área da educação (ORGANIZACIÓN PANAMERICAN DE LA SALUD, 1988).

Assim, surge a EPS, que visa à modificação das práticas profissionais e da organização do trabalho na saúde, sendo fundamental para que o espaço de trabalho venha a ser um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005a). No âmbito nacional, a EPS emergiu por meio da formação, no Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SEGTES) (LAVICH et al, 2017; LEMOS, 2016).

A EPS é fundamental para uma formação que visa valorizar o saber, o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que compartilham a reflexão sobre as atividades de saúde, baseada na aprendizagem significativa e na visão da modificação das atividades profissionais (FIGUEIREDO et al., 2017). Os suportes que constituem a EPS são: autonomia, cidadania e subjetividade dos atores (LIMA; RIBEIRO, 2016).

Além disso, a EPS está relacionada à situação em que o cotidiano de trabalho se constitui como fonte de conhecimento e experiências, permitindo-se estabelecer reflexões e problematizar a realidade dos serviços de saúde, transformando as práticas profissionais (BRASIL, 2009; D'AVILA et al., 2014).

A EPS é uma estratégia necessária para ser empreendida na ESF e proporcionar, por meio de suas ações, um processo de reflexão nos profissionais, que necessitam compreender a realidade em que estão inseridos e, por meio de suas vivências, despertar o desejo de identificar recursos para a mudança no cotidiano das práticas (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Entretanto, o perfil dos profissionais não era adequado para atuar na lógica da ESF, pois esses foram formados no modelo biomédico, que valorizava as especialidades, sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. Sentiam dificuldades para atuar na perspectiva de atenção integral à saúde, tendo, em sua maioria, uma prática de trabalho incompatível com os preceitos do MS (CAMELO; ANGERAMI, 2008; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; COTTA et al., 2006).

Nesse sentido, a formação de profissionais de saúde tem investido, historicamente, no emprego de modelos pautados pela ciência positivista, com a utilização de metodologias conservadoras, fragmentando-se o conhecimento e reduzindo-se o saber na busca pela eficiência técnica (FIGUEIREDO, 2012; MITRE et al., 2008).

Desse modo, na tentativa de contornar o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde (MS) buscou assumir o seu papel constitucional na ordenação da formação dos novos profissionais de saúde e na educação dos trabalhadores já inseridos no sistema (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; GONZÁLEZ; ALMEIDA; MENDONÇA, 2009).

Diante desse contexto, a EPS tem sido proposta pelo MS como estratégia de transformação das práticas de formação, gestão, formulação de políticas, participação popular e, especialmente, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2005; LOPES et al., 2007; TRONCHIN et al., 2009).

Assim, para o desenvolvimento das atividades de EPS ofertadas para os profissionais, faz-se necessário que sua implantação esteja consignada com os princípios do SUS, comprometida com a resolução dos problemas encontrados no processo de trabalho, nas especificidades reais nos serviços de saúde e nas necessidades formais dos profissionais (BRASIL, 2007; MORA; RIZZOTTO, 2015).

Somente em 2003 foi criada, no MS, a SEGTES, que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, por meio da Resolução do CNS nº 335. Assim, a EPS começou a se tornar realidade na política de saúde, estabelecendo a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a EPS e a estratégia de Polos ou Rodas de EPS (LEMOS, 2016).

No Brasil, estabeleceu-se a EPS como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), para formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004). Foram lançadas diretrizes e dispositivos para sua efetuação nos estados (BRASIL, 2007). Ambas preconizam que os processos de qualificação dos profissionais consideram como referência as necessidades e a realidade local de saúde, tendo como objetivo a modificação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde (CARDOSO, 2017).

Além disso, com a implantação da PNEPS, criaram-se os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que foram eficazes na propagação da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros com a finalidade de conduzir os processos de formação e capacitação dos profissionais do setor em seu território de abrangência (CARDOSO, 2017; LEMOS, 2016).

Desse modo, os PEPS são considerados instrumentos facilitadores da EPS, instituídos como política pública que tem como objetivos: promover a formulação e a integração das ações de formação dos diferentes atores locais; conduzir processos de transformação das práticas de saúde; estabelecer relações cooperativas com os demais PEPS, considerando-se a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (BRASIL, 2004; FERRAZ et al, 2012).

Nessa perspectiva, a EPS assume o protagonismo da gestão da educação, ao propor mudanças nas ações educativas, nos processos de trabalho, nas organizações de saúde e, principalmente, no desenvolvimento de estratégias que possam redundar na qualificação da atenção em saúde (BRASIL, 2007).

Em Alagoas, foram elaborados os Planos Estaduais de EPS e os Planos por Macrorregião I e II de Saúde, com objetivo de estabelecer a PNEPS no estado, contando com a participação, para elaboração do plano, dos membros titulares e suplentes da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) Estadual, instância intersetorial e interinstitucional permanente (ALAGOAS, 2015). Esse movimento teve como referência as realidades dos territórios de atuação, respeitando sua dinâmica e as múltiplas determinações que permeiam a área da saúde, além da incorporação do monitoramento e a avaliação das ações de saúde (ALAGOAS, 2015).

Assim, os Planos devem ser compreendidos como norteadores da PEPS no sentido de propor mudanças nos processos de trabalho e de formação, sendo necessário que se torne um instrumento de domínio público cujas informações possam ser apropriadas por todos os protagonistas, tais como: trabalhadores e trabalhadoras do SUS, usuários e usuárias, formadores, gestores de saúde, de educação e estudantes em todos os níveis dos cursos de saúde, visando contribuir para a melhoria da prestação de serviços (ALAGOAS, 2015).

Desse modo, para que as ações de EPS tenham efeitos favoráveis, é fundamental que os profissionais conheçam os reais objetivos dos cursos e treinamentos oferecidos pelas instâncias governamentais; os gestores realizem a avaliação das condições necessárias à aprendizagem e à aplicação das novas habilidades no trabalho; sejam divulgados os resultados e seja feita a inserção desses dados em treinamentos gerenciais que favoreçam a gestão do desempenho do profissional, possibilitando criar oportunidades de aplicação das novas aprendizagens no trabalho (ABBAD et al., 2012).

Assim, a avaliação das ações de EPS tem como objetivo o aprimoramento, a reorientação das ações, bem como a recondução dos processos, sendo essencial para a análise dos resultados, identificando as fragilidades e as potencialidades das propostas educativas. Além disso, os conhecimentos originados nas avaliações podem contribuir para novas proposições educativas (SILVA et al., 2016).

Desse modo, a EPS, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, pode ter um começo e um fim e ser dirigida a grupos específicos de trabalhadores, desde que esteja articulada à estratégia geral de mudança institucional. Apesar da importância e difusão da capacitação, nem sempre

se alcançam os resultados esperados. Muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos e a direção que tomam as iniciativas de capacitação, se destinadas à atualização de conhecimentos ou competências técnicas específicas, ou à promoção de mudanças na organização dos serviços (BRASIL, 2006).

Assim, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou de priorização da APS. Paralelamente a esse paradigma de transmissão escolar, realizam-se ações de educação para a saúde dirigida à comunidade: reuniões para informar o comportamento ideal, para oferecer instrução diversa da realidade existente ou dos problemas e condições em que se realizam, e ainda dos códigos semânticos por meio dos quais se comunicam. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas (BRASIL, 2006).

Historicamente, o desenvolvimento profissional nas empresas esteve associado às ações formais de treinamento. Devido a isso, as chances de crescimento sustentável residem exatamente no alinhamento das ações de treinamento, desenvolvimento e educação (JUNQUEIRA, 2000).

Tais ações podem ocorrer informalmente, isto é, a partir de um processo de aprendizagem realizado de forma espontânea e caracterizada por atividades não são estruturadas. Ou, por processo de aprendizagem formal, planejado e executado por meio de ações de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E) (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2004).

Um dos principais objetivos de pesquisas em treinamento, desenvolvimento e educação consiste em identificar condições necessárias para que o indivíduo adquira determinados conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) exigidos pelo trabalho (ABBAD; NOGUEIRA; WALTER, 2006).

Na literatura, pesquisadores encontraram vários modelos de avaliação em treinamento (BASTOS; CIAMPONE; MIRA, 2013). Assim, as pesquisas sobre avaliação de treinamento têm ganhado consistência significativa, apontando, em seus resultados variáveis, que têm influência direta na transferência e no impacto do treinamento, tanto para o indivíduo quanto para a organização (TAMAYO; ABBAD, 2010).

Em estudos, pesquisadores encontraram vários modelos de avaliação em treinamento, um dos modelos desenvolvido e validado foi o Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no Trabalho (IMPACT), que investiga a variável referente à organização - denominada percepção de suporte organizacional; as variáveis referentes ao treinamento - denominadas características do treinamento; e as relacionadas ao treinando - denominadas características da clientela (ABBAD, 1999). O suporte à transferência de treinamento é um dos componentes do IMPACT que permitem levantar atitudes e opiniões dos participantes, mensurando sua satisfação com o treinamento, por meio da sua percepção sobre a gestão, a estrutura física, os equipamentos e os materiais (ABBAD, 2006).

Nesse sentido, o suporte à transferência de treinamento é uma importante ferramenta para avaliar o apoio recebido pelo profissional após o treinamento, no que tange a aplicar no trabalho as novas habilidades adquiridas nas atividades de EPS. Esse constructo pode ser avaliado pelo profissional, por seus chefes imediatos, colegas e pares (ABBAD et al., 2012), sendo formado por duas escalas ou dimensões : suporte psicossocial à transferência (os fatores situacionais de apoio e consequências associadas às novas habilidades), e suporte material à transferência de treinamento (ABBAD et al., 2012).

Desse modo, o suporte à transferência de treinamento tem como objetivos verificar se o efeito do treinamento foi favorável ou desfavorável, os níveis de desempenho do indivíduo, as atitudes e condições necessárias para que tais níveis melhorem e permaneçam em suas atividades diárias (PILATI; ABBAD, 2005; ABBAD, 2006).

Na Enfermagem, as avaliações de treinamento e aprendizagem são empregadas para análise de programas instrucionais voltados às equipes (MINAMI et al., 2012). Assim, a avaliação de treinamento proporciona informações ordenadas sobre as lacunas no desempenho dos profissionais e dos instrutores, detecta falhas no planejamento de procedimentos instrucionais, acena se o treinamento foi eficaz para os profissionais, para a organização em termos de aplicabilidade e utilidade, e, indica o quanto as habilidades aprendidas estão sendo desenvolvidas no trabalho ou na vida profissional dos indivíduos e quais aspectos favorecem ou impedem esse processo (BORGES-ANDRADE; ABBAD, 1996).

1.1 Contextualização do problema

A EPS encontra-se em processo de construção nos diferentes cenários das experiências descritas. As dificuldades encontradas envolvem questões de formação profissional, gerenciais, institucionais e relativas aos processos de trabalho (LEITE et al., 2012). A EPS enfrenta o desafio de atender às necessidades da população, conquistar a adesão dos trabalhadores e constituir processos vivos de gestão participativa e transformadora (CECCIM, 2005a). As pesquisas no âmbito nacional revelam que nem sempre conseguem resultados promissores sobre a implementação da EPS nos serviços de saúde (BRAGA et al., 2016).

Além disso, as instituições de saúde vêm se preocupando em adotar o termo EP sem revisitar suas práticas educativas, que estão focadas na Pedagogia tradicional e seu intuito não está alinhado às propostas da PNEPS (MIRA, 2010). Essas contradições são encontradas entre a proposta de EPS e a vivência dos facilitadores; tais como a dificuldade em democratizar os espaços de trabalho e de avançar nas práticas educativas de cursos pré-determinados e o desejo de controle dos processos e ocupação de cargos (BUENO; BERNARDES, 2010).

Assim, as transformações e a competitividade na busca pelo aprimoramento da atuação de profissionais inseridos no mercado de trabalho e as demandas por ações de capacitação elevaram a preocupação em avaliar os aspectos que influenciam, positivamente e negativamente, os resultados encontrados (ODELIUS; SIQUEIRA JÚNIOR, 2008).

A avaliação de treinamento tem sido determinante na identificação de necessidades de melhorias nos programas de treinamento. A avaliação permite a realimentação do sistema do treinamento, possibilitando a identificação dos efeitos no desempenho organizacional e dos indivíduos (FREITAS; BORGES-ANDRADE, 2004). Assim, há uma real necessidade em se apurar quais são os resultados que as ações instrucionais têm provocado nas organizações.

O suporte à transferência de treinamento, que é componente do IMPACT, no Brasil, ainda não está sendo desenvolvido de forma eficaz, pelo fato de as instituições de saúde não estarem preparadas para avaliá-la e incentivá-la (BASTOS; CIAMPONE; MIRA, 2013). É necessário considerar também o fato de que a literatura internacional aponta que ainda se precisa de mais desenvolvimento

sobre o suporte à transferência de treinamento nas organizações (NGUYEN; KIM, 2013).

Dessa forma, os modelos propostos para avaliação de treinamento podem ser definidos como um processo sistemático de coleta de informações que irá incursionar na revisão, propondo melhorias no modelo instrucional existente. Estes têm como objetivos controlar o processo, retroalimentar o sistema e tomar decisões sobre o treinamento que permitam modificações no ambiente (MENESES; ZERBINI, 2009; PANTOJA; BORGES-ANDRADE, 2009).

Diante desse contexto, este estudo foi desenvolvido a partir da seguinte questão norteadora:

Os profissionais de Enfermagem da ESF estão recebendo suporte para aplicação dos conhecimentos adquiridos nas atividades de EPS realizadas em Alagoas?

E tendo a hipótese de que:

O processo de EPS realizado pelos profissionais de Enfermagem da ESF é influenciado pelo suporte à transferência de treinamento.

1.2 Justificativa

No atual cenário, o número de ações de treinamento visando a qualidade da prestação de serviços e da produção de bens tem sido cada vez mais crescente, e uma das variáveis capazes de aperfeiçoar funcionários continuamente (MOURÃO; MARINS, 2009). Porém, as organizações têm investido quantias consideráveis de recursos no treinamento e na capacitação de seus colaboradores sem produzir evidências empíricas que proporcionem apoio à asserção de que a capacitação fornece, como resultado, impacto no desempenho (PILATI; PORTO; SILVINO, 2009).

Além disso, poucos estudos buscaram traçar uma relação direta entre efeitos de ações educacionais e indicadores objetivos de desempenho ocupacional (PILATI; PORTO; SILVINO, 2007). Sendo, avaliação de treinamento o principal responsável pelo fornecimento de informações para o aperfeiçoamento constante do sistema de treinamento (VARGAS; ABBAD, 2006).

Desse modo, avaliação do desempenho no trabalho, como o suporte à transferência de treinamento, avalia o apoio recebido pelo egresso do treinamento,

para aplicar no trabalho, as novas habilidades adquiridas, sendo o trajeto final do processo, e, se propõe a fornecer informações sobre aprendizagem dos indivíduos, o desempenho dos instrutores ou o planejamento dos procedimentos instrucionais; medir a aplicabilidade dos CHA aprendidos no trabalho e os aspectos que dificultaram ou facilitaram a aprendizagem (ABBAD et al., 2012).

Assim, para que o profissional apresente desempenho competente, precisa ter: os conhecimentos essenciais; a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas; a motivação e as condições ambientais adequadas para adquirir, reter e aplicar novos CHA em diferentes situações e contextos (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2014).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o suporte à transferência das ações de Educação Permanente em Saúde sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

a) Caracterizar as ações de Educação Permanente em Saúde, ofertadas para os profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família;

b) Analisar a perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre o suporte recebido para aplicação dos conhecimentos adquiridos nas ações de Educação Permanente em Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Educação permanente em saúde

A EP, nascida na área da educação, é um termo recente de uma inquietude antiga no cenário internacional. A expressão surgiu na França em 1955, sendo legalizada como escolaridade obrigatória e reforma do ensino público (GADOTTI, 1992).

A EP, no final da década de 1960, foi publicada pela UNESCO com o propósito de instituir a educação para toda a vida, em diversos países, inclusive o Brasil, onde foi implantado o projeto “Cidade Educativa” (GADOTTI, 1992).

Dessa forma, a EP foi respaldada na teoria do capital humano, que entende a qualificação como forma para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país (LEMOS, 2016; SCHULTZ, 1985).

Assim, surge a nomenclatura Educação Permanente em Saúde (EPS), em 1970, disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, que começou a ser estruturada em meados da década de 1980, em virtude das mudanças que o setor enfrentaria devido às novas demandas da reestruturação do capital, confirmando que os serviços de saúde são organizações complexas, em que somente a aprendizagem significativa será capaz de produzir a adesão dos profissionais aos processos de mudanças nos cenários das práticas que propõem incorporar o ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde, modificando as estratégias educativas nas quais o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem e o profissional, como ator reflexivo e construtor de saber (ORGANIZACIÓN PANAMERICAN DE LA SALUD, 1988; CECCIM, 2005b; FIGUEIREDO, 2012).

Desse modo, a EPS surge como perspectiva da prática educativa inovadora, onde o paradigma de racionalidade técnica, determinado por modelos padronizados e matriz de replicação, com profissionais formados com base na transmissão de conhecimentos, prática repetitiva e fragmentação entre teoria e prática, resulta em formação de profissionais em que se predomina a prática mecanicista, individualista, acrítica e reprodutiva da atividade em saúde (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

Porém, o SUS depende também da formação de profissionais com uma perspectiva humanista e integradora das dimensões pessoal, social e profissional,

com competências éticas, políticas e técnicas, capacidade crítica e sensibilidade para refletir sobre as indagações da vida, da sociedade e para atuar em contextos de incerteza e complexidade. Profissionais com capacidades de abordar o processo saúde-doença de forma ampliada, buscando integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009; FIGUEIREDO, 2012).

No Brasil, com a implantação do SUS, novos desafios foram assumidos e a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase, tendo como atribuições, nos termos da lei, ordenar a obtenção de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988), onde a formação profissional passou a ser reconhecida como fator primordial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (LIMA; BRAGA, 2006).

No setor de saúde, tradicionalmente produzem-se programas de ação em função de políticas específicas com base em áreas técnicas especializadas. Cada programa gera uma linha de capacitação em que se prescreve a suposta melhor prática de saúde. Tais capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem, principalmente, na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2005b).

Desse modo, mesmo após a reformulação da PNEPS pelo MS, essas antigas práticas permaneceram, verificando-se, na realidade, uma mistura de várias estratégias de formação (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Na área da saúde, distintas ações de educação continuada e de Educação Permanente em Saúde são desenvolvidas, sendo que a primeira visa à reorganização dos serviços e a segunda, à transformação do processo de trabalho, com foco na melhoria da qualidade e na equidade do cuidado e do acesso aos serviços de saúde (MUROFU et al., 2009).

A EC e EP são frequentemente usadas quando se referem à formação em serviço. Embora os dois termos confirmem uma dimensão temporal de continuidade do processo de formação durante a vida profissional, designam princípios metodológicos variados (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

A EC é a extensão do modelo escolar e acadêmico, pautada no conhecimento técnico-científico, com foco em cursos e treinamentos, não privilegia a educação a partir de problemas do cotidiano dos serviços, sendo centrada em intervenções realizadas de forma isolada e baseada no modelo biomédico assistencial. Enquanto a EPS é uma das maneiras mais proveitosa de se qualificar os trabalhadores da atenção básica, o que contribui para a valorização e a satisfação dos servidores, sendo também um valioso instrumento no aperfeiçoamento do processo de trabalho, privilegiando a atuação multiprofissional, com ações coletivas e integradas aos serviços de saúde (PAGANI; ANDRADE, 2012; VIANA et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Assim, a EPS por ser considerada uma ferramenta que permite produzir processos de educação no ambiente de trabalho, ela promove reflexões sobre ações de saúde com vistas a problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Já a EC traz contribuição importante para a formação profissional, mesmo com o enfoque disciplinar e, geralmente, baseando-se principalmente na transmissão de conhecimentos sem vinculação necessária com a realidade dos serviços (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A EP e a EC são momentos diferentes de um mesmo processo de aprendizagem, e qualquer separação implica na fragmentação desse processo, já que uma é o prolongamento da outra (ALVES; AERTS, 2011).

Desse modo, para se refletir o novo modelo assistencial em saúde, é essencial um novo significado para o processo de trabalho, o que exige modificação do objetivo desse processo, no sentido de colocá-lo centrado no usuário e nas suas necessidades do serviço (FRANCO, 2007). A EP, portanto, tem, entre seus propósitos, a superação do aprendizado para o trabalho e da lógica pontual das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações (SANTOS et al., 2015).

Sendo assim, a EPS permite diagnosticar o contexto da situação cotidiana de trabalho dos profissionais da saúde, buscando monitorar as experiências e as práticas educativas, suas potencialidades no contexto do processo de trabalho, possibilitando a identificação da realidade e sua problematização, intervenção e mudança (BRASIL, 2013; CAVALCANTE et al., 2013).

A EPS deve construir espaços democráticos de escuta envolvendo os profissionais e os usuários; compreender o trabalho como espaço de aprendizagem e de compromisso com a mudança da realidade; construir conhecimentos plenos de sentidos e significados para as práticas em saúde; produzir autonomia e responsabilização na busca de soluções compartilhadas para provocar mudanças no processo de trabalho e nas práticas assistenciais e de gestão; e envolver a comunidade e valorizar o trabalhador (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que favorece e produz sentidos, e sugere que a modificação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre estas na atenção à saúde (BRASIL, 2004). A aprendizagem significativa pode ser empregada para os profissionais da área da saúde com ênfase na apresentação do novo, do atual, do diferente, para a construção de conceitos a partir do conhecimento prévio e da retenção do que faz sentido para a transformação da prática profissional (SOUSA et al., 2015).

Diante desse contexto, a EPS tem como referencial teórico-metodológico a problematização a partir de vivências significativas dos profissionais, com vistas à modificação das práticas de saúde, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe, da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos, utilizando no processo de qualificação a competência profissional, a motivação organizacional e a avaliação contínua (PEIXOTO et al., 2013; PEREIRA; BARBOSA; VERNASQUE, 2014).

Portanto, as mudanças de comportamento e de procedimento dos profissionais de saúde são possíveis e necessárias, especialmente se pautadas por estratégias e ações que estimulem a participação ativa e efetiva de gestores municipais, trabalhadores, usuários e Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2004; FERRAZ et al., 2012).

Além disso, a EPS na ESF constitui-se como uma estratégia essencial para a qualificação dos profissionais, implica em novos papéis para esses trabalhadores, que devem ser capazes de atuar não só com problemas biológicos e de morbidade individual em saúde, mas também problemas coletivos e socioculturais, junto às redes sociais e à população. Portanto, a EPS favorece a busca por lacunas de conhecimentos e atitudes, dando subsídios para entender e atender às

necessidades de saúde da população com resolutividade, organização dos serviços e transformação da realidade (BRASIL, 2005; PAGANI; ANDRADE, 2012).

A ESF teve início em meados de 1993 e foi regulamentada em 1994 pelo MS, com a finalidade de transformar a maneira tradicional de prestação de assistência à saúde. Assim, o foco de atenção deixou de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença e passou também para o coletivo, tornando-se a família o espaço privilegiado de atuação da ESF (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Assim, a EPS permite a inserção dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF na condição de atores sociais do trabalho, traçando soluções concretas para o seu cotidiano. E deve também propiciar o crescimento pessoal, profissional e contribuir para o processo de trabalho, mudando valores e padrões de condutas sobre aspectos da prática profissional (BRASIL, 2007; PAULINO et al., 2012).

Desse modo, a EPS é concretizada pela gestão do trabalho, sendo considerada uma estratégia fundamental para os profissionais de saúde, quando realizada de maneira adequada, atrelando o componente educativo, para produzir reflexões acerca do trabalho, e o permanente aprendizado em serviço (SANTOS et al., 2015).

A gestão, na ABS, precisa considerar as relações de trabalho, situação em que a participação dos sujeitos seja fundamental para a efetividade dos serviços. Pensar formas diferenciadas de gestão inclui a observação das políticas de saúde, a estruturação e a organização dos serviços, a definição qualitativa e quantitativa de pessoal, a estruturação de programas de EP, razão da contínua necessidade de aprimoramento e revitalização do processo de trabalho, e a consequente qualificação da atenção em saúde (SEIDL et al., 2014).

Além disso, para realização das ações de EPS, é necessária uma sucessão de ações no cotidiano de trabalho: produzir reflexões sobre o processo laboral; desenvolver novas competências para a mudança da realidade; compreender o trabalho como espaço de aprendizagem e de compromisso com transformação da realidade; construir conhecimentos plenos de sentidos e significados para as práticas em saúde, e não apenas para transmissão dos saberes (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, nas ações educativas concernentes à EPS, o principal diferenciador está na inserção do protagonismo dos trabalhadores, dos usuários e do controle social. As propostas da EPS são concebidas e desenvolvidas a partir

das necessidades evidenciadas no processo de trabalho e na utilização de diferentes preceitos educativos, em especial a aprendizagem significativa (MORAES; DYTZ, 2015).

Diante desse contexto, existem alguns entraves para a realização das atividades de EPS, como: o grande número de programas e de atividades sob responsabilidade dos profissionais e a falta de infraestrutura, tanto em relação ao espaço físico para a realização de capacitações quanto em relação ao transporte para a supervisão das ações (ALVES et al., 2014; RICARDI; SOUSA, 2015). Além disso, as ofertas de cursos tradicionais que não consideram a aprendizagem-trabalho, nem o contexto do ambiente de aprendizagem, não surtem efeito no cotidiano dos serviços (FERRAZ et al., 2012). Outro grande desafio para a EPS é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de qualificação (SANTOS et al., 2015).

Desse modo, a aproximação entre o MS e o Ministério da Educação, os quais estabelecem a cooperação técnica entre os ministérios na formação e no desenvolvimento de profissionais da saúde, resultou em ações articuladoras intersetorialmente das políticas de educação e de saúde, com o objetivo de promover a formação de profissionais preparados para a atenção à saúde de qualidade, resolutiva e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (FERRAZ et al., 2012).

A EPS como uma opção político-pedagógica foi muito debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica de interesse do Sistema de Saúde Nacional (LEMOS, 2016).

Com a introdução da PNEPS, propuseram-se mudanças significativas na formação e no contínuo e permanente desenvolvimento de pessoal, as quais podem representar um marco diferencial no processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, é fundamental o desenvolvimento da PNEPS, por ser uma estratégia proposta pelo MS que estabelece novas diretrizes diante da política de recursos humanos para o SUS. Trata-se de um eixo estruturante que busca a valorização do trabalho e dos

profissionais da saúde ao contribuir para a qualidade dos cuidados em saúde (BRASIL, 2007).

Em 2004, foi implantada a PNEPS, por meio da Portaria 198, na qual o MS assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de seus recursos humanos (BRASIL, 2004). Em agosto de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007). Na PNEPS, faz-se necessário considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Desse modo, a PNEPS possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2012a). A PNEPS promove a interação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral à saúde, e a construção do Cuidado Progressivo à Saúde (BRASIL, 2005).

A PNEPS tem como princípio a gestão democrática e participativa, constituindo-se em uma estratégia profícua de aperfeiçoamento do processo educativo (SILVA et al., 2017). Na PNEPS, a aprendizagem significativa é um dos preceitos educativos difundidos, razão que propõe ao educando um papel mais ativo no processo educativo e de valorização das experiências prévias (SILVA et al., 2012).

Além disso, a PNEPS propõe transformar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social, tendo como grande desafio romper com a lógica da repetição e da fragmentação dos cursos de capacitação (BRASIL, 2007), e direciona para que os processos de EPS sejam desenvolvidos a partir da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde no serviço, e não sobre temas específicos e inadequados para o cotidiano, sendo fundamental a relação entre teoria e prática para modificar as técnicas, os métodos e os processos de trabalho, que devem ser pautados nas necessidades da população (RICARDI; SOUZA, 2015). Além disso, a PNEPS possibilita que a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde envolvam todos os locais e saberes, com o propósito de proporcionar a democratização dos espaços de trabalho (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento regional da PNEPS se dá por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das CIES, que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais. Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a PNEPS nas esferas de gestão federal, estadual e municipal, têm como objetivo a construção de um Plano de Ação Regional de EPS coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, em relação à educação na saúde (BRASIL, 2009).

Em Alagoas, a implantação da PNEP foi regulamentada por meio do Plano Estadual de Saúde (PES), em consonância com a Portaria/GM nº 1996, de 20 de agosto de 2007, com foco na integração ensino/serviço, bases legais e publicações científicas que abordam sobre Promoção da Saúde, Redes de Atenção à Saúde (RAS), linhas de cuidado e ainda as Conferências Municipal e Estadual de Saúde (Plano Estadual de EPS do quadriênio 2012-2015 e os Planos de EPS 2016-2019 das I e II Macrorregiões de Saúde) (ALAGOAS, 2015).

A partir da avaliação do PES (2012-2015), foram identificados como uma das principais dificuldades para a não obtenção das metas sobre a cobertura de 100% da política de EP no Estado por particularidades: a localização geográfica e a estrutura própria dos municípios; a fragmentação/distanciamento existente entre a formação acadêmica e a realidade prática; a percepção de que não existe incorporação por parte dos gestores sobre a relevância da política para o seu território, mesmo que haja todo preparo legal e financeiro para a implantação e efetivação; o desconhecimento dos profissionais acerca do conceito de EPS e o não reconhecimento enquanto atores integrantes do processo em seus locais de trabalho (ALAGOAS, 2015).

Nessa perspectiva, o PES (2012-2015) foi escolhido para guiar o estudo está organizado em dois eixos de atuação e nove diretrizes (ALAGOAS, 2015):

● **Eixo de atuação 1: Melhoria da qualidade de vida.**

Diretrizes: Fortalecimento da Atenção Primária à saúde; ampliação e reestruturação dos serviços de assistência materno-infantil; ampliação e estruturação dos serviços de média e alta complexidade; reestruturação da assistência farmacêutica com aquisição, abastecimento e dispensação de medicamentos; e fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

● **Eixo de atuação 2: Inovação da gestão pública.**

Diretrizes: implantação e implementação de política de planejamento, gestão e controle social; ampliação de centrais de regulação e sistemas municipais de auditorias; implantação de política de gestão de tecnologia da

informação e comunicação; implementação de política de gestão do trabalho e da educação em saúde.

O PES (2016-2019), enquanto instrumento de planejamento, configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta, buscando nortear as políticas de saúde e contemplando as ações frente às demandas sanitárias e epidemiológicas da população de Alagoas (ALAGOAS, 2016).

Assim, a PNEPS tem por objetivo a transformação das práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde (BRASIL, 2007). As diretrizes para o trabalho na educação na saúde descritas no pacto pela saúde estabelecem que se deva considerar a EP como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, adotando-se diferentes estratégias de ensino-aprendizagem que sejam inovadoras (BRASIL, 2007).

Desse modo, a EP e o treinamento são formas de ensino que são realizadas para o preparo profissional, embora os dois termos caracterizem processos metodológicos diferentes (SILVA et al., 2013).

A EPS é uma proposta para a formação que busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários e intervém a partir da reflexão das práticas de saúde, baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais (MICCAS; BATISTA, 2014). Enquanto o treinamento consiste em eventos educacionais de curta e média duração compostos por subsistemas de avaliação de necessidades, planejamento instrucional e avaliação que visam à melhoria do desempenho do trabalhador no cargo que ocupa (VARGAS; ABBAD, 2006).

O paradigma corresponde aos pressupostos da aprendizagem significativa e também da EPS, segundo se compreende; no entanto, as ações educativas em enfermagem são, ainda, marcadas por atividades instrucionais prescritivas. É possível essa constatação na literatura, onde as formas de educação são discutidas, bem como o emprego da palavra treinamento, não só como termos, mas porque traduzem preparo profissional para tarefas pontuais (SILVA et al., 2013)

Apesar de a EPS ser uma estratégia na construção da competência do profissional, na qual a qualificação dos processos de trabalho em saúde se dá a partir da problematização, tendo como objetivo transformar as práticas institucionais, melhorar a qualidade da atenção e da assistência à saúde, comprometer a equipe com seu processo de trabalho e com a comunidade e melhorar as relações nas e entre as equipes de trabalho (BRASIL, 2007, 2013; CAVALCANTI; PADILHA 2014). O treinamento é uma ferramenta muito importante por está diretamente relacionado com uma ação direcionada para as atividades atualmente desempenhadas, podendo ser definido como os esforços organizacionais para proporcionar aprendizagens necessárias à superação de deficiências no desempenho de seus funcionários, e também em promover o desenvolvimento da excelência humana e profissional dos participantes (BORGES-ANDRADE, 2002; BORGES-ANDRADE; ABBAD, 1996; MENESES; ZERBINI; ABBAD, 2010).

Assim, avaliação pressupõe a aplicação de medidas e a sua comparação com critérios e normas, ou seja, é a resultante da mensuração e a emissão de julgamento de valor sobre determinado fenômeno (ABBAD et al., 2012). Portanto, avaliar é uma ação de capacitação que significa atribuir valor ao treinamento em termos de suas contribuições para o desempenho do profissional das equipes ou da organização como um todo (FREITAS; BRANDÃO, 2006).

Desse modo, a avaliação tem as seguintes finalidades: fornecer informações sistemáticas sobre lacunas na aprendizagem dos indivíduos e no desempenho dos instrutores, identificar falhas no planejamento, verificar se o treinamento foi positivo para os indivíduos e organizações em termos de aplicabilidade e utilidade, informar o quanto as habilidades aprendidas estão sendo aplicadas no trabalho ou na vida profissional dos indivíduos e quais aspectos facilitam ou dificultam esse processo (MENESES; ZERBINI; ABBAD, 2011).

3.2 Avaliação de treinamento

A avaliação de treinamento consiste em uma abordagem metodológica para medir resultados e fornecer uma visão micro deles. A efetividade do treinamento, entretanto, corresponde a uma abordagem teórica para compreender esses resultados, possibilitando uma visão macro deles, porque foca o sistema de aprendizagem como um todo (ALVAREZ; SALAS; GAROFANO, 2004).

A avaliação de Treinamento Desenvolvimento e Educação (TD&E) refere-se à coleta sistemática de informações descritivas e ao julgamento necessário para possibilitar a tomada de decisões relacionadas à seleção, à adoção, à atribuição de valor e à modificação de atividades instrucionais. De maneira semelhante, também envolve um procedimento de coleta de dados realizada pela organização de uma ação instrucional, na qual são utilizados certos critérios para emitir algum juízo de valor acerca dessa ação (BORGES-ANDRADE, 2006; BORGES-ANDRADE, 2002).

Além disso, as avaliações de TD&E são realizadas desde meados do século XIX, quando as organizações foram constituídas e o objetivo era qualificar os funcionários para executar o trabalho como foram treinados. Com o advento da administração científica, buscou-se estruturar de forma científica as ações de TD&E (PILAT; BORGES-ANDRADE, 2006). As primeiras iniciativas de TD&E foram nos Estados Unidos, nas grandes organizações industriais (OLIVEIRA, 2006).

No Brasil, o TD&E foi introduzido em meados de 1950, quando a industrialização impulsionou a formação e a capacitação, sendo relativamente recente a presença de grandes empresas no país (OLIVEIRA, 2006). Foi a partir da Segunda Guerra Mundial que o desenvolvimento dos funcionários passou a ser empreendido (PILATI, 2006; VARGAS; ABBAD, 2006).

O modelo TD&E foi importado dos Estados Unidos com pouca alteração, sendo voltado para a formação do empregado para o trabalho. Além disso, a estrutura de TD&E ficou subordinada ao gerente de relações industriais (OLIVEIRA, 2006). Em 1980, o modelo de TD&E começou a declinar devido aos problemas econômicos enfrentados no país, ocasionados pela recessão mundial ocorrida entre os anos de 1980 e 1982. Com isso, a gestão de recursos humanos foi dividida em formulação e aplicação. Aos gestores foi repassada a responsabilidade de aplicação das práticas e de estratégias de recursos humanos e, para auxiliá-los, criou-se a função de consultor interno de recursos humanos (OLIVEIRA, 2006).

Nesse contexto, a aprendizagem humana é abordada de diferentes formas, expondo-se cinco ações para a sua promoção: informação, instrução, treinamento, desenvolvimento e educação. A informação é definida como módulos ou unidades organizadas de conteúdos disponibilizados em diferentes meios; a instrução é uma modalidade de aprendizagem planejada e ministrada de forma intencional que envolve a definição de objetivos e a aplicação de procedimentos instrucionais,

además suas ações são de curta duração e buscando o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades; o treinamento é uma ação sistemática, planejada e conduzida pela organização, sendo realizado dentro de um período específico de tempo, pois as ações de treinamento são voltadas para aquisição, modificação, ampliação e desenvolvimento de habilidades (VARGAS; ABBAD, 2006), e contribuem para que os indivíduos, as equipes e a organização atinjam suas metas, visto que, em certa medida, os instrumentalizam com CHA necessários para o desempenho adequado no trabalho (ABBAD; SALLORENZO, 2001); o desenvolvimento é um conjunto de experiências e oportunidades de aprendizagem proporcionado pela organização, que dá suporte e apoio à organização e ao pessoal, promovendo a aprendizagem dos profissionais para que possam ajudar a no alcance dos resultados (VARGAS; ABBAD, 2006), visto que o desenvolvimento de competências é fundamental para as instituições, pois proporciona uma preparação dos profissionais para lidar com os desafios diários e, acima de tudo, promover seu crescimento e sua qualificação (FREITAS; BRANDÃO, 2006).

Além disso, a educação compreende a formação contínua dos indivíduos por meio de programas de eventos educacionais de média e longa duração, visando à qualificação e à formação dos profissionais (VARGAS; ABBAD, 2006), pois a educação direciona-se para ações que envolvem as relações da vida em sociedade e o mais amplo crescimento do profissional (SAMPAIO; TAVARES, 2001).

Desse modo, Borges-Andrade (2002) definiu que o sistema de TD&E é composto por três subsistemas (fases ou etapas): (a) análise de necessidades de treinamento, (b) planejamento de treinamento e a sua execução e (c) avaliação de treinamento. Enquanto Moreira e Munck (2010) incluíram um quarto subsistema ao separar a fase do planejamento da fase de execução: análise de necessidades (ou levantamento de necessidades); diagnóstico e prognóstico das necessidades de TD&E (facilitam o desenho de oportunidades de aprendizagem para que estas possam ser desenvolvidas); planejamento instrucional; formulação de objetivos educacionais a partir das necessidades; definição do público-alvo, das técnicas, métodos e recursos que serão utilizados; execução, implementação e a aplicação do evento instrucional e avaliação e coleta de dados que serão utilizados para emissão de juízo de valor a respeito de uma ação de TD&E.

Nesse sentido, o quarto e último subsistema de TD&E na avaliação de treinamento tem se destacado nos campos dos estudos organizacionais, que investigam o resultado das ações de aprendizagem realizadas pelas organizações por meio da análise dos seus efeitos nos egressos da capacitação, nas equipes, na própria organização e, eventualmente, na sociedade (DAMASCENO; ABBAD; MENESES, 2012).

Assim, o TD&E precisa ser concebido pelas organizações como um sistema integrado por subsistemas, que realizam avaliações antes e depois de TD&E e que efetuam seu planejamento e execução, mantendo entre si um constante fluxo de informações e produtos (SANTOS FILHO; MOURÃO, 2011; SALVADOR; CANÇADO, 2013).

O TD&E evidencia a importância da qualificação profissional, com o objetivo de proporcionar uma percepção integrada e envolvimento da organização com o desenvolvimento pessoal do profissional (SILVA; ABBAD, 2011). Este precisa ser concebido pelas organizações como um sistema integrado, que realiza avaliações antes e depois do TD&E, efetua seu planejamento e execução e mantém um constante fluxo de informações (ABBAD et al., 2012), podendo produzir conhecimento na área de avaliação de sistemas instrucionais e sendo capaz de apoiar avaliações sistemáticas de tais processos. Enquanto que a EP deve embasar-se num 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 conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho e que considerem aprendizagem significativa (BRASIL, 2012).

Os modelos propostos para avaliação de treinamento podem ser definidos como um processo sistemático de coleta de informações, que irá proporcionar a revisão, propondo melhorias do modelo instrucional existente. Estes têm como objetivos controlar o processo, retroalimentar o sistema e tomar decisões sobre o treinamento que permitam modificações no ambiente (MENESES et al., 2006; PANTOJA; BORGES-ANDRADE, 2009).

A avaliação do treinamento tem como finalidades: identificar lacunas no planejamento e identificar os impactos do treinamento nos indivíduos capacitados e

nas instituições, sendo o responsável por prover todo o sistema de TD&E com informações que permitam retroalimentá-lo e aperfeiçoá-lo (BORGES-ANDRADE, 2002).

Os resultados mais comumente avaliados são: aprendizagem (aquisição, retenção e generalização); transferência de treinamento (resultados no desempenho individual) e impacto na organização (mudança e valor final) (ABBAD et al., 2012).

Nesse sentido, os modelos de avaliação de TD&E podem ser classificados em:

a) Os modelos clássicos de Kirkpatrick (1976) e Hamblin (1978): geralmente influenciam a pesquisa e a atuação profissional no campo, oferecendo quadros de referência para compreensão dos fenômenos relacionados a esses processos (ABBAD et al., 2012). Esses modelos estão centrados no resultado do treinamento e não analisam a influência das características individuais e contextuais sobre o resultado, apresentando níveis de avaliação que podem gerar efeitos imediatos: reação (opiniões dos participantes em relação ao treinamento) e aprendizagem. Já a avaliação dos efeitos em longo prazo é analisada em três níveis: comportamento no cargo, organização e valor final.

b) Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS): sugere que as necessidades de desempenho e características individuais dos participantes, dos processos de TD&E, bem como as ações de disseminação e de apoio à ação, predizem aqueles resultados imediatos e efeitos em longo prazo. Sendo considerado somativo, por obter informações para avaliar TD&E já desenvolvido, com o objetivo de verificar a capacidade deste de produzir resultados. Esse modelo está baseado em um método de formulação de questões e levantamento de dados concernentes e característicos (insumos, procedimentos, processos e resultados) desses eventos ou programas, e ao ambiente no qual eles ocorrem (ABBAD et al., 2012).

Modelos específicos estão baseados em modelos genéricos e são construídos com intuito de testar as relações entre um conjunto específico de variáveis e determinados resultados de TD&E, no nível individual do grupo de trabalho (FREITAS, 2005), ou nos níveis organizacional e extra-organizacional (MOURÃO; BORGES-ANDRADE, 2005).

Dentre os modelos específicos, merecem destaque:

a) Modelo Integrado de Avaliação e Efetividade de Treinamento (IMTEE): propõe a mensuração de quatro níveis de avaliação: análise de necessidades, subdivida em conteúdo e projeto do treinamento; mudanças no comportamento dos participantes e demandas organizacionais; reações, transferências e resultados (ABBAD et al., 2012).

A avaliação de treinamento encontrada foi a aprendizagem cognitiva, desempenho no treinamento e desempenho na transferência do aprendido. Em relação à efetividade de treinamento, as variáveis relacionadas foram autoeficácia, pré-treinamento, experiência, orientação para aplicação pós-treinamento, princípios de aprendizagem e intervenções pós-treinamento (ABBAD et al., 2012).

b) Modelo Integrado de Avaliação do Impacto de Treinamento (IMPACT): propõe investigar o relacionamento existente entre as variáveis relativas ao indivíduo, ao treinamento, ao contexto organizacional, aos resultados imediatos do treinamento (reação e aprendizagem) e à variável do impacto do treinamento no trabalho, que pode ser medida em largura e em profundidade. Em profundidade, se medem os efeitos diretos e específicos do treinamento, que estão associados ao conteúdo do programa de treinamento; enquanto o impacto em largura ou amplitude mede os efeitos do treinamento em relação ao desempenho global esperado para o cargo pela organização, vinculados ou não às competências aprendidas no evento instrucional (ABBAD, 1999).

O IMPACT investiga diversas variáveis preditivas de eficiência e eficácia do treinamento (como, por exemplo, suporte organizacional, treinamento e clientela), além de avaliar a relação entre os níveis de reação, aprendizagem e impacto, sendo composto por sete componentes: percepção de suporte organizacional, características do treinamento, características da clientela, reação, aprendizagem, suporte à transferência de treinamento e impacto do treinamento no trabalho (ABBAD et al., 2012)

No IMPACT, o sexto componente, o suporte à transferência de treinamento, foi escolhido para nortear o estudo, e refere-se às opiniões dos participantes sobre o apoio ou restrições oferecidas pela organização à participação de seus funcionários em eventos de treinamento e posterior transferência daquilo que foi aprendido para o ambiente de trabalho.

De acordo com esse modelo, o suporte é dividido em dois fatores: suporte psicossocial (ou gerencial e social) e suporte material à transferência de treinamento. O suporte psicossocial avalia o apoio que o participante recebe de gerentes, colegas de trabalho e da organização para participar dos treinamentos e depois aplicar, no trabalho, as novas habilidades aprendidas. Já o suporte material avalia a qualidade, a quantidade, a disponibilidade de recursos materiais e financeiros e a adequação do ambiente físico do local de trabalho, observando se esses elementos possibilitam a transferência das novas habilidades para a execução do trabalho (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2014).

Para avaliar os resultados de desempenho dos participantes em atividades de EPS adquiridas ao longo do curso, é importante a utilização da escala de suporte à transferência de treinamento, cujo objetivo é avaliar as variáveis do período pós-treinamento, tais como: fatores situacionais de apoio que se referem às oportunidades e ao apoio da chefia imediata à aplicação das novas habilidades no trabalho; consequências associadas ao uso de novas habilidades que evocam a opinião do participante acerca da ocorrência de reações favoráveis e/ou desfavoráveis de seus pares ou de superiores hierárquicos à transferência de treinamento; e o suporte material que mede qualidade, suficiência e disponibilidade de recursos materiais e financeiros, bem como a adequação do ambiente físico à transferência de treinamento (ABBAD, 1999; ABBAD et al., 2012).

Desse modo, o desempenho no trabalho reflete a competência individual e abrange a aprendizagem do profissional por meio das suas atitudes, resultados e objetivos (FREITAS; BRANDÃO, 2006).

Portanto, se não forem oferecidas as condições psicossociais e materiais para aplicação no trabalho das novas habilidades aprendidas, as atividades de EPS não surtirão efeitos favoráveis, por não haver suporte para o que foi aprendido no treinamento (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2014).

Para favorecer o suporte à transferência, é fundamental observar os seguintes aspectos: envolvimento da gestão; preparação do treinamento; suporte durante o treinamento; retorno ao trabalho e ações subsequentes. Faz-se necessário também analisar as variáveis de contexto no momento da avaliação das necessidades de treinamento, e não somente na avaliação da atividade de EPS, no

intuito de propiciar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e superação das dificuldades encontradas (BROAD, 1982).

Portanto, é necessário garantir a avaliação constante da qualidade e da eficácia das atividades de EPS ofertadas para os profissionais de enfermagem, de modo que os objetivos sejam efetivamente alcançados. Assim, não havendo suporte para a transferência do treinamento, apenas a aquisição dos CHA será insuficiente para gerar mudanças no ambiente de trabalho, nos níveis da equipe e da organização (ABBAD, 1999; MINAMI et al., 2012).

Nesse sentido, a qualificação da atenção à saúde está vinculada a diversos fatores, os quais incluem: a estruturação e a organização dos serviços; a definição de processo de trabalho; a aderência às novas tecnologias; a definição quantitativa e qualitativa de pessoal; a disponibilidade de materiais/equipamentos e medicações; e, sobretudo, o comprometimento com o desenvolvimento contínuo e permanente de ações educativas, suficientemente abrangentes, que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde (SILVA et al., 2016).

4 METODOLOGIA

Este capítulo está estruturado nos seguintes itens: delineamento do estudo, local do estudo, amostra, participantes do estudo, aspectos éticos, coleta e análise dos dados.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratório-descritiva, transversal do tipo Survey.

A pesquisa exploratória busca abordar o problema a fim de torná-lo explícito e possibilitar a criação de hipóteses, como é o caso das entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o objeto de estudo (CAJUEIRO, 2015).

Além disso, a pesquisa descritiva aponta as características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda a relação entre variáveis da pesquisa, utilizando técnicas padronizadas para coletas de dados, como, por exemplo, o questionário (CAJUEIRO, 2015).

O método de pesquisa Survey é muito usado na identificação de opiniões e preferências. A Survey descritiva procura identificar eventos, atitudes ou opiniões que se manifestem em determinado segmento da população, ou descreve como determinado fenômeno se distribui na população, ou em parte dela, ou sua amostra (SILVA; SILVEIRA, 2011), objetivando um estudo transversal, no qual todos os fenômenos identificados são contemplados durante o período de coletas de dados, sendo, especialmente, apropriado para descrever o estado dos fenômenos ou suas relações (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

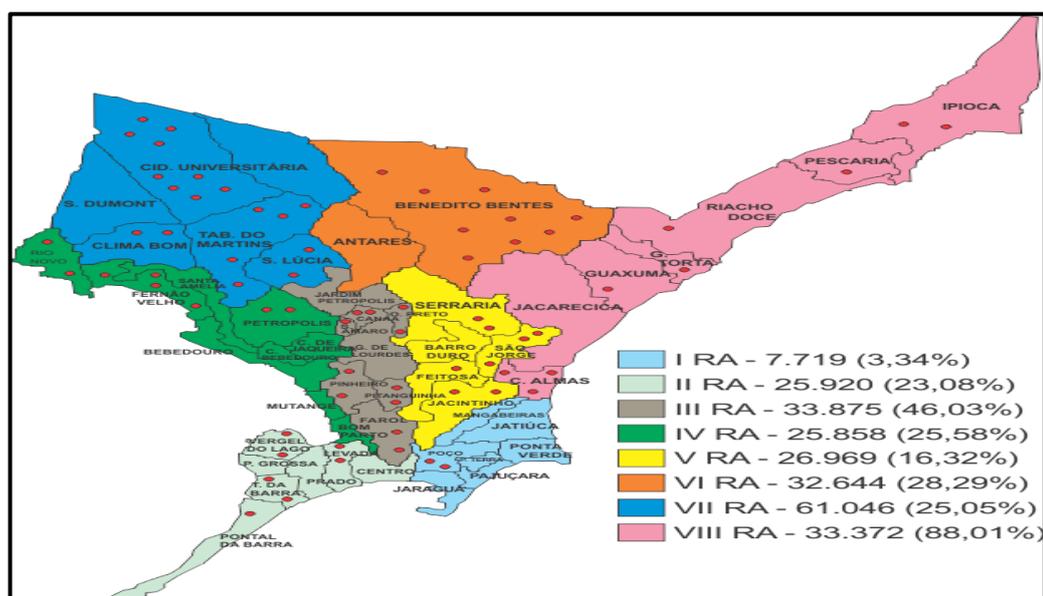
Os locais do estudo foram as USF dos municípios de Maceió e Arapiraca, as duas principais cidades do Estado de Alagoas, no Nordeste brasileiro. Esses dois municípios foram selecionados, pois Maceió representa a capital com maior quantidade de USF seguido por Arapiraca com a maior representatividade de USF do interior.

O município de Maceió, capital do Estado, está localizado na região litorânea, possui uma população estimada de 1.021.709 habitantes e tem área territorial de

509.876km², sendo o mais extenso do Estado, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE(2016b). Maceió está dividida em oito Distritos Sanitários (DS) (ANEXO A). O município de Arapiraca está localizado na Mesorregião do Agreste, a oeste da capital do Estado, possuindo aproximadamente 232.671 habitantes, tendo uma área territorial de cerca de 128km², sendo o segundo mais extenso do Estado, conforme dados do IBGE (INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016a). Arapiraca está dividida em três DS (ANEXO B).

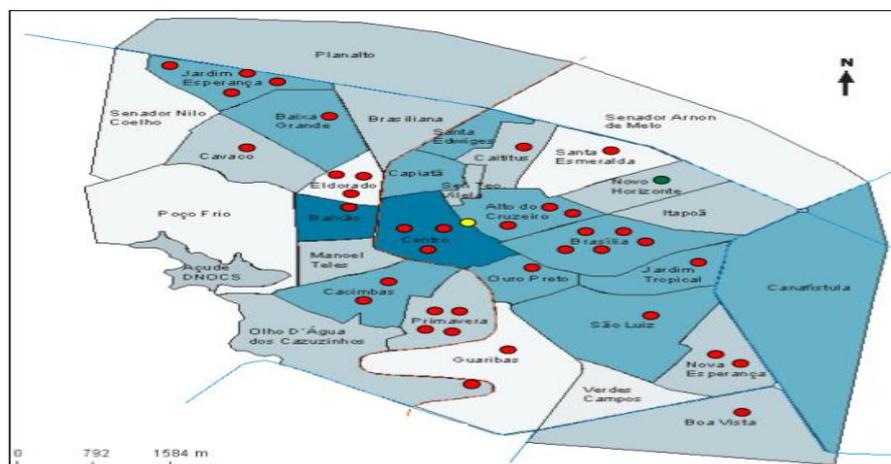
O município de Maceió possui 86 ESF credenciadas pelo MS, o que corresponde a uma cobertura de 31,12% (ANEXO C). Para este estudo, foram investigadas 26 ESF em Maceió, distribuídas entre oito DS. Já o município de Arapiraca possui 59 ESF credenciadas pelo MS, o que corresponde a uma cobertura de 91,73% (ANEXO D). Para este estudo, foram investigadas dez ESF em Arapiraca, distribuídas entre os três DS. A cobertura estudada está relacionada com a estrutura física e recursos materiais; financiamento das ESF; referência e contrarreferência e os aspectos políticos e de gestão (SILVA; MEDEIROS, 2015).

Figura 1 - Mapa da distribuição dos DS de Maceió-AL e a cobertura da ESF.



Fonte: MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

Figura 2 - Mapa do município de Arapiraca-AL.



Fonte: SILVA, R. N. da. [Perímetro urbano do município de Arapiraca-AL, Brasil, baseado no mapa da malha urbana]. 2012. p.147.

Nota: A coordenação da ESF de Arapiraca não elaborou o mapa da cidade com os DS e as USF.

4.3 Amostra

A amostra foi realizada por conveniência não probabilística, onde participaram somente os profissionais, que, convidados a participar, concordaram em fazer parte da pesquisa.

Na amostra não probabilística, os pesquisadores selecionam elementos por métodos não randômicos. Não há como estimar a probabilidade de inclusão de cada elemento nesse tipo de amostra, e, comumente, nem todo elemento tem chance de inclusão. A amostra de não probabilidade é menos propensa a produzir amostras representativas (POLIT; BECK, 2011).

O município de Maceió possui 86 enfermeiros integrantes da ESF; 181 técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (ANEXO C), perfazendo um total de 267 profissionais de enfermagem da ESF. O município de Arapiraca possui 67 enfermeiros, 107 técnicos e auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de 174 profissionais de enfermagem (ANEXO D), totalizando 441 profissionais de enfermagem.

4.3.1 Seleção das unidades

As USF foram definidas a partir de lista disponibilizada por pesquisadores da pesquisa “Avaliação das Atividades de EPS no Estado de Alagoas”.

4.3.2 Seleção dos entrevistados

Os entrevistados foram escolhidos por conveniência no momento em que chegavam às suas respectivas USF.

4.4 Participantes do estudo

No município de Maceió, participaram do estudo 101 profissionais de enfermagem, sendo: 39 enfermeiros, 34 técnicos em enfermagem e 28 auxiliares de enfermagem. Enquanto no município de Arapiraca, participaram do estudo 51 profissionais de enfermagem, sendo: 26 enfermeiros, 22 técnicos em enfermagem e três auxiliares de enfermagem.

No total, participaram deste estudo 152 profissionais de enfermagem atuantes na ESF nos municípios de Maceió e Arapiraca, sendo estes: 65 enfermeiros, 56 técnicos em enfermagem e 31 auxiliares em enfermagem.

O critério de inclusão foi que os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuassem na ESF nos municípios de Maceió e Arapiraca, Alagoas, e aceitassem, espontaneamente, participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que estavam afastados de suas atividades na ESF por motivo de férias ou licença médica no período de coleta dos dados.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Avaliação das Atividades de EPS no Estado de Alagoas” e, por ser esta uma pesquisa que envolve seres humanos, fez-se necessária apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a fim de confirmar o respeito aos princípios éticos, conforme a Resolução nº 466/2012, do CNS (BRASIL, 2012b).

Para atender a esse requisito legal, a pesquisa foi submetida ao CEP da UFAL, por meio da Plataforma Brasil, sendo esta apenas desenvolvida após a sua aprovação, obtida em 28/08/2014, sob protocolo CAAE 33526214200005013 (ANEXO E).

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa mediante a apresentação das seguintes informações: objetivo da pesquisa, participação efetiva no estudo e os princípios previstos na Resolução 196/96, do CNS, sobre procedimentos que envolvem seres humanos. Após tomarem conhecimento dessas informações, os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F), sendo entregue em duas vias (uma que ficou com o participante e outra com o entrevistador). Além disso, o direito de recusar a participar do estudo foi preservado, sem que isso trouxesse qualquer penalidade ou prejuízo ao participante.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa intitulada "Avaliação das Atividades de EPS no Estado de Alagoas" ocorreu no período de novembro de 2014 a agosto de 2015. Os instrumentos foram inseridos em formulário virtual, confeccionado utilizando-se a ferramenta Google Formulário, cujo objetivo foi facilitar o processo de coleta de dados e evitar que alguma questão não fosse respondida, além das vantagens de se ter um banco de dados on-line. Conforme a coleta de dados foi sendo efetuada, as informações eram armazenadas em um banco de dados virtual. Esse formulário era acessado e disponibilizado aos participantes em dispositivo móvel do tipo tablet (Samsung GalaxyTab3 Lite), tela WSVGA de 178.0 mm (7").

Participaram da coleta dos dados duas estudantes de graduação de Psicologia, um estudante de Educação Física e duas mestrandas que foram treinadas para o uso do dispositivo eletrônico, quanto ao conhecimento dos instrumentos e o esclarecimento dos objetivos do projeto.

Em seguida, foi realizado um teste-piloto com cinco profissionais de enfermagem, sendo: uma enfermeira, duas técnicas e um auxiliar de enfermagem, que atuam na ESF de dois municípios não participantes do estudo e que aceitaram colaborar com o projeto, mediante assinatura do TCLE. A finalidade do estudo-piloto

foi testar a clareza das questões, dimensionar a média de tempo a ser gasto em cada abordagem, além de identificar e treinar as habilidades dos entrevistadores.

As coletas foram realizadas durante o horário de trabalho, conforme previamente acordado com os profissionais, de modo que não interferisse no desempenho de suas funções. A aplicação do questionário ocorreu em um tempo médio de uma hora, sendo que o pesquisado convidado respondeu às questões em uma sala reservada. Os participantes foram orientados e esclarecidos acerca dos procedimentos e objetivos da pesquisa.

4.6.1 Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário com a caracterização dos profissionais entrevistados, caracterização das atividades de EPS, e as Escalas de Suporte à Transferência de Treinamento (EST) (ANEXO G).

A qualificação e caracterização dos participantes da pesquisa foram compostas por 21 questões referentes aos dados sócio demográficos: sexo, faixa etária, estado civil, filhos e avaliação profissional. Já a caracterização das atividades de EPS foi composta por 17 questões referentes às ações de EPS ofertadas pelas instâncias Governamentais (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e UBS, à carga horária, aos tipos de atividades de EPS e aos conteúdos abordados nas atividades de EPS.

As EST possuem duas dimensões, designadas como: suporte psicossocial e suporte material à transferência de treinamento, e foram construídas por meio de um conjunto de instrumentos utilizados no teste empírico de um modelo de avaliação de treinamentos, o IMPACT (ABBAD, 1999).

As escalas de suporte psicossocial e de suporte material à transferência de treinamento foram compostas por 22 afirmativas. O suporte psicossocial avalia o apoio gerencial, social e organizacional à transferência de treinamento percebida ao aplicar no trabalho as habilidades aprendidas no treinamento. É composto por fatores situacionais de apoio e consequências associados ao uso das novas habilidades no trabalho. Os fatores situacionais de apoio possuem nove afirmativas que possibilitam ao profissional avaliar as oportunidades e o apoio da chefia imediata à aplicação das novas aprendizagens no trabalho. As consequências

associadas ao uso das novas habilidades possuem sete afirmativas que levantam a opinião do profissional acerca da ocorrência de reações (favoráveis ou desfavoráveis) dos colegas, pares ou superiores hierárquicos à transferência de treinamento. O suporte material é composto por seis afirmativas que permitem o participante avaliar a qualidade, a quantidade e a disponibilidade de recursos materiais e financeiros, bem como a qualidade e a adequação do ambiente físico do local de trabalho à transferência de treinamento (ABBAD et al., 2012).

Desse modo, todas as afirmativas das EST estão relacionadas a uma escala do tipo Likert de cinco pontos, em que dez corresponde a nunca, dois a raramente, três a algumas vezes, quatro a frequentemente e cinco a sempre (ABBAD et al., 2012).

Os dados obtidos foram submetidos a análises estatísticas descritivas e de cunho exploratório. Essas análises foram realizadas tendo em vista a verificação da qualidade e da confiabilidade dos dados, a análise dos dados omissos, a distribuição de frequência, a ocorrência de casos extremos, de relacionamento entre variáveis, com o objetivo de identificar se as variáveis independentes possuem relações lineares exatas e singularidade. As variáveis mensuradas por meio do instrumento suporte à transferência mostraram-se úteis e confiáveis para a investigação dos níveis de transferência de treinamento (ABBAD et al., 2012).

4.6.2 Variáveis do estudo

As variáveis dependentes e independentes contidas nos instrumentos de coleta dos dados referem-se às causas dos fenômenos. A variável dependente pretende entender, explicar e/ou prever e corresponde ao resultado. Enquanto a variável independente corresponde à intervenção e/ou exposição (POLIT; BECK, 2011).

No quadro 1, é feita a descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo.

Quadro 1 - Variáveis dependentes e independentes

Variáveis dependentes	Variáveis independente
Fatores situacionais de apoio Consequências associadas ao uso das novas habilidades no trabalho Suporte material	Categoria profissional

Fonte: Autora, 2017 - Dados da Pesquisa (2015).

4.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva com ajuda do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Versão 21; Série 10101131061), em que foram apresentados: frequência, média, desvio padrão, variância, amostra, moda e intervalo de confiança que indicou o quanto de variação ou dispersão existe em relação à média.

A estatística descritiva foi usada para sintetizar e descrever os dados. As médias e as porcentagens são exemplos de estatística descritiva. Quando calculados a partir de dados de uma população, esses dados são chamados parâmetros. Assim, o conjunto de dados pode ser descrito em termos de características: a forma da distribuição dos valores, a tendência central e a variabilidade (POLIT; BECK, 2011).

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados descritivos obtidos a partir da aplicação dos questionários de caracterização dos participantes atuantes na ESF, da caracterização das atividades de EPS, e, na sequência, os resultados de avaliação do suporte à transferência de treinamento pelos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF.

5.1 Caracterização dos participantes atuantes na ESF e das atividades de EPS.

Participaram do estudo 152 profissionais de enfermagem, sendo 42,8% (n = 65) enfermeiros; 36,8% (n = 56) técnicos em enfermagem e 20,4% (n = 31) auxiliares em enfermagem.

a) Caracterização dos participantes atuantes na ESF.

A maioria dos profissionais de enfermagem 91,4% (n=139) era do sexo feminino, casado 59,2% (n= 90) e vinculado ao setor público 93,4% (n=142) (APÊNDICE A – Tabela 1).

No que diz respeito à idade, os profissionais de enfermagem encontravam-se com idade entre 23 a 71anos, correspondendo uma média geral de idade de 41,07 anos.

b) Caracterização das atividades de EPS.

Em relação às instâncias governamentais (MS, SES, SMS e UBS), 67,1% (n=102) dos profissionais de enfermagem afirmaram que as atividades de EPS foram ofertadas pela SMS (APÊNDICE B - TABELA 2).

No que se refere à carga horária das atividades de EPS 65,1% (n=99) dos profissionais de enfermagem informaram que, em relação à carga horária das atividades de EPS, os trabalhos foram realizados em até 10horas (APÊNDICE C – TABELA 3).Em relação os tipos de atividades de EPS, predominaram com33,6% (n=51) as palestras, em seguida com23,7% (n=36) os minicursos, oficinas e palestras (APÊNDICE C - TABELA 3).

Em relação alguns temas/conteúdos, 83,5% (n=127) dos profissionais de enfermagem, consideravam que as atividades de EPS realizadas contribuíram para

sua atuação nessa USF/equipe (APÊNDICE D – Tabela 4). Em seguida, 86% (n= 131) informaram que tiveram necessidade de atividades de EPS em algum tema/conteúdo abordado (APÊNDICE D – Tabela 4).

No que se refere às atividades de EPS em saúde com o tema Assistência/cuidado em Saúde, 51% (n=77) dos profissionais de enfermagem afirmaram que participaram desse tema. Enquanto que 49% (n=75) não participaram desse tema (APÊNDICE D – Tabela 4). O tema com ênfase no sujeito, na doença, na família e na comunidade, de forma a aumentar a autonomia das pessoas e da comunidade, 49% (n=74) dos profissionais de enfermagem relataram que participaram desse tema. Nesse quesito, 51% (n=78) não participaram desse tema (APÊNDICE D – Tabela 4).

Em relação o tema gestão ou gerência, 87% (n=132) dos profissionais de enfermagem relataram que não participaram. Apenas 13% (n=20) participaram desse tema (APÊNDICE D – Tabela 4). Em seguida, o tema preparação para trabalhar com estudantes, 76% (n= 116) dos profissionais de enfermagem afirmaram que não participaram desse tema. Enquanto apenas 24% (n= 36) receberam capacitação desse tema (APÊNDICE D – Tabela 4).

No que diz respeito o tema controle social e direito à saúde, 74% (n=113) dos profissionais de enfermagem relataram que não participaram desse tema. Enquanto que 26% (n=39) receberam capacitação sobre a temática referida (APÊNDICE D – Tabela 4).

A seguir, serão apresentados os dados referentes ao suporte à transferência de treinamento, segundo avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.

5.2 Avaliação do suporte à transferência de treinamento pelos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF.

A seguir são apresentados os resultados oriundos da coleta de dados das EST.

5.2.1 Suporte psicossocial à transferência de treinamento sob avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.

Na tabela 1, são apresentados os resultados das frequências e percentuais, indicando avaliação dos profissionais de enfermagem sobre baixo e adequado suporte psicossocial.

Tabela 1–Avaliação dos profissionais de enfermagem entrevistados quanto ao adequado e baixo suporte psicossocial à transferência de treinamento nos municípios de Maceió e Arapiraca. Maceió-AL, 2015.

Categoria	Suporte Psicossocial		Total	
	Baixo Suporte	Suporte Adequado		
Enfermeiro	Frequência	25	41	65
	Percentual %	37,70%	62,31	100%
Técnico	Frequência	18	38	56
	Percentual %	32,10	67,9	100%
Auxiliar	Frequência	13	19	31
	Percentual %	40,32 %	59,68%	100%
Toda amostra	Frequência	55	97	152
	Percentual %	36,18%	63,82%	100 %

Fonte: Autora, 2017 - Dados da Pesquisa (2015).

Nota: χ^2 1,46 p 0,48.

Na tabela 1, 63,82% (n = 97) dos profissionais de enfermagem perceberam apoio gerencial, social e organizacional no ambiente de trabalho para aplicação das novas habilidades que adquiriram nas atividades de EPS. Enquanto 36,18% (n=55) dos profissionais de enfermagem mencionaram baixo apoio gerencial, social e organizacional no ambiente de trabalho para aplicação das novas habilidades que adquiriram nas atividades de EPS. Os enfermeiros 37,70% (n=25) e auxiliares de enfermagem 40,32% (n=13) foram os profissionais que mais tiveram baixo suporte no campo psicossocial para colocar em prática o que aprenderam nas atividades de EPS oferecidas pelas instâncias governamentais. Em seguida estavam os técnicos de enfermagem 32,1% (n=18).

A seguir, são apresentados os resultados do suporte psicossocial para os fatores situacionais de apoio, de acordo com avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.

5.2.1.1 Suporte psicossocial para os fatores situacionais de apoio, de acordo com avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.

Na tabela 2, são apresentados os resultados das frequências e percentuais, indicando avaliação dos profissionais de enfermagem sobre baixo e adequado suporte psicossocial quanto aos fatores situacionais de apoio.

Tabela 2 – Avaliação dos profissionais de enfermagem entrevistados quanto ao adequado e baixo suporte relacionado aos fatores situacionais de apoio nos municípios de Maceió e Arapiraca, Maceió-AL, 2015.

Categoria		Fatores Situacionais de Apoio		Total
		Baixo Suporte	Suporte Adequado	
Enfermeiro	Frequência	28	37	65
	Percentual %	43,08%	56,92%	100%
Técnico	Frequência	20	36	56
	Percentual %	35,71%	64,29%	100%
Auxiliar	Frequência	14	17	31
	Percentual %	45,16%	54,84%	100%
Toda amostra	Frequência	62	90	152
	Percentual %	40,79%	59,21%	100%

Fonte: Autora, 2017 - Dados da Pesquisa, 2015.

Nota: X^2 0,87 p 0,64.

Na tabela 2, 59,21% (n=90) dos profissionais de enfermagem indicaram suporte adequado da chefia imediata na remoção de obstáculos à transferência das atividades de EPS e acesso às informações necessárias à aplicação dos novos conhecimentos no trabalho. Enquanto que uma quantidade relevante de profissionais de enfermagem 40,79% (n=62) relatou falta de apoio da chefia imediata na remoção de obstáculos à transferência das atividades de EPS e acesso às informações necessárias à aplicação dos novos conhecimentos no trabalho. Observamos que 45,16% (n=14) dos auxiliares de enfermagem e 43,08% (n=28) dos enfermeiros foram os que mais informaram baixo suporte, em seguida os técnicos de enfermagem - 35,71% (n=20).

Na tabela 3, são apresentadas as respostas fornecidas pelos profissionais de enfermagem em forma de frequências, percentuais e a moda com nove itens (01 a 09) avaliados pelos profissionais de Enfermagem sobre os fatores situacionais de apoio associado a uma escala do tipo Likert de cinco pontos: 1="nunca"; 2="raramente"; 3="algumas vezes"; 4="frequentemente"; e 5="sempre".

Tabela 3 - Avaliação dos profissionais de enfermagem aos fatores situacionais de apoio, nos municípios de Maceió e Arapiraca. Maceió-AL, 2015.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Descrição do Item	Tenho tido oportunidade de usar no meu trabalho as habilidades que aprendi.	Falta-me tempo para aplicar no trabalho o que aprendi na capacitação.	Os objetivos de trabalho estabelecidos pelo meu superior imediato me encorajam a aplicar o que aprendi na capacitação.	Os prazos de entrega de trabalho (metas) inviabilizam o uso das habilidades que eu aprendi na capacitação.	Tenho tido oportunidades de praticar habilidades importantes (recém-adquiridas na capacitação), mas, comumente, pouco usadas no trabalho.	Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri na capacitação são removidos pelo meu superior imediato.	Tenho sido encorajado pelos meus superiores imediato a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi na capacitação.	Meu superior imediato tem criado oportunidades para planejar comigo o uso de novas habilidades.	Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.	
Enfermeiro	1 n	0	5	3	3	2	7	15	3	
	%	0%	7,69%	4,62%	4,62%	3,08%	10,77%	23,08%	4,62%	
	2 n	2	11	16	10	10	22	14	15	
	%	3,08%	16,92%	24,62%	15,38%	15,38%	33,85%	26,15%	23,08%	
	3 n	26	33	14	30	26	23	13	21	26
%	40,00%	50,77%	21,54%	46,15%	40,00%	35,38%	20,00%	32,31%	40,00%	
4 n	22	15	18	14	20	9	15	13	14	
%	33,85%	23,08%	27,69%	21,54%	30,77%	13,85%	23,08%	20,00%	21,54%	
5 n	15	1	14	8	7	4	14	2	7	
%	23,08%	1,54%	21,54%	12,31%	10,77%	6,15%	21,54%	3,08%	10,77%	
Técnico de Enfermagem	1 n	4	10	2	13	7	10	6	1	
	%	7,14%	17,86%	3,57%	23,21%	12,50%	17,86%	5,36%	10,71%	1,79%
	2 n	3	8	5	4	8	11	7	8	
	%	5,36%	14,29%	8,93%	7,14%	14,29%	19,64%	12,50%	14,29%	14,29%
	3 n	20	15	14	28	25	22	16	17	22
%	35,71%	26,79%	25,00%	50,00%	44,64%	39,29%	28,57%	30,36%	39,29%	
4 n	14	19	15	6	10	9	15	12	14	
%	25,00%	33,93%	26,79%	10,71%	17,86%	16,07%	26,79%	21,43%	25,00%	
5 n	15	4	20	5	6	4	15	13	11	
%	26,79%	7,14%	35,71%	8,93%	10,71%	7,14%	26,79%	23,21%	19,64%	
Auxiliar de Enfermagem	1 n	1	11	1	4	1	3	6	1	
	%	3,23%	35,48%	3,23%	12,90%	3,23%	9,68%	6,45%	19,35%	3,23%
	2 n	5	6	4	13	7	12	4	3	5
	%	16,13%	19,35%	12,90%	41,94%	22,58%	38,71%	12,90%	9,68%	16,13%
	3 n	7	11	10	8	14	7	6	10	9
%	22,58%	35,48%	32,26%	25,81%	45,16%	22,58%	19,35%	32,26%	29,03%	
4 n	7	2	9	6	5	6	8	9	11	
%	22,58%	6,45%	29,03%	19,35%	16,13%	19,35%	25,81%	29,03%	35,48%	
5 n	11	1	7	0	4	3	11	3	5	
%	35,48%	3,23%	22,58%	0%	12,90%	9,68%	35,48%	9,68%	16,13%	

Fonte: Autora, 2017 - Dados da pesquisa (2015).

Nota: *Representa a moda o que está marcado em negrito.

Na tabela 3, observamos que 46,15% (n=30) dos enfermeiros, 50,00% (n=28) dos técnicos de enfermagem e 41,94% (n=13) dos auxiliares de enfermagem consideravam raramente (2), e algumas vezes (3), que os prazos de entrega de trabalho (metas) inviabilizam o uso das habilidades. Aliado a isso, as oportunidades de praticar habilidades importantes, mas comumente pouco usadas no trabalho, foram avaliadas como situação que acontece algumas vezes (3) por 40% (n=26) os enfermeiros, 44,64% (n=25) dos técnicos de enfermagem e 45,16% (n=14) dos auxiliares de enfermagem. O indicador relacionado aos obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades adquiridas nas capacitações que são identificados e removidos pelo superior imediato foi avaliado por 35,38% (n=23) dos enfermeiros, 39,29% (n=22) dos técnicos de enfermagem e 38,71% (n=12) dos auxiliares de enfermagem como uma condição algumas vezes (3), e raramente (2) utilizada no contexto do trabalho. Em relação ao indicador meu superior imediato tem criado oportunidades para planejar o uso de novas habilidades, foi avaliado por 32,31% (n=21) dos enfermeiros, 30,36% (n=17) dos técnicos de enfermagem e 32,26% (n=10) dos auxiliares de enfermagem como uma situação algumas vezes (3) desenvolvida no ambiente de trabalho.

A seguir, são apresentados os resultados sobre a avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF em relação às consequências associadas ao uso das novas habilidades.

5.2.1.2 Suporte psicossocial às consequências associadas ao uso das novas habilidades de acordo com avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF

Na tabela 4, são apresentados os resultados das frequências e percentuais indicando avaliação dos profissionais de enfermagem sobre baixo e adequado suporte psicossocial quanto às consequências associadas ao uso das novas habilidades.

Tabela 4 – Avaliação dos profissionais de enfermagem quanto ao adequado e baixo suporte relacionado às consequências associadas ao uso das novas habilidades nos municípios de Maceió e Arapiraca. Maceió – AL, 2015.

Categoria	Consequências Associadas ao Uso das Novas Habilidades			
		Baixo Suporte	Suporte Adequado	Total
Enfermeiro	Frequência	21	44	65
	Percentual %	32,31%	67,69%	100%
Técnico	Frequência	16	40	56
	Percentual %	28,57%	71,43%	100%
Auxiliar	Frequência	11	10	31
	Percentual %	35,48%	64,52%	100%
Toda amostra	Frequência	48	104	152
	Percentual %	31,58	68,42%	100%

Fonte: Autora, 2017 -Dados da Pesquisa, 2015.

Nota: χ^2 4,2p 0,12

Na tabela 4, 68,42% (n=104) dos profissionais de enfermagem indicaram suporte adequado dos pares ou superiores hierárquicos e baixo acesso às informações necessárias à aplicação dos novos conhecimentos no trabalho à transferência das atividades de EPS. Enquanto 31,58% (n=48) dos profissionais de enfermagem apontaram pouco suporte às consequências associadas ao uso das novas habilidades no ambiente do trabalho. Os profissionais de enfermagem que mais informaram baixo suporte foram os auxiliares de enfermagem 35,48% (n=11), enfermeiros 32,31% (n=21) e, em seguida, os técnicos de enfermagem 28,57% (n=16).

A seguir, na tabela 5, são apresentadas as frequências, os percentuais e a moda com seis itens (10 a 15) avaliados pelos profissionais de enfermagem sobre as consequências associadas ao uso das novas habilidades com uma escala do tipo Likert de cinco pontos: 1="nunca"; 2="raramente"; 3="algumas vezes"; 4="frequentemente"; e 5= "sempre

Tabela 5 - Avaliação dos profissionais de enfermagem entrevistados quanto às consequências associadas às novas habilidades, nos municípios de Maceió e Arapiraca Maceió-AL, 2015.

Item		10	11	12	13	14	15
Descrição do Item		Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões em relação ao que foi ensinado na capacitação são levadas em consideração.	Meus colegas mais experientes apoiam as tentativas que faço de usar no meu trabalho.	Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi na capacitação.	Minha unidade de saúde ressalta mais os aspectos negativos (Ex. lentidão, dúvidas) do que os positivos em relação ao uso.	Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades.	Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo.
Enfermeiro	1	n 1 1,54%	2 3,08%	4 6,15%	1 1,54%	11 16,92%	10 15,38%
	2	n 5 7,69%	0 0%	4 6,15%	9 13,85%	6 9,23%	19 29,23%
	3	n 18 27,69%	19 29,23%	24 36,92%	19 29,23%	18 27,69%	20 30,77%
	4	n 26 40,00%	21 32,31%	20 30,77%	22 33,85%	17 26,15%	9 13,85%
	5	n 15 23,08%	23 35,38%	13 20,00%	14 21,54%	13 20,00%	7 10,77%
Técnico de Enfermagem	1	n 5 8,93%	2 3,57%	5 8,93%	5 8,93%	6 10,71%	4 7,14%
	2	n 4 7,14%	5 8,93%	2 3,57%	8 14,29%	9 16,07%	4 7,14%
	3	n 18 32,14%	13 23,21%	23 41,07%	18 32,14%	12 21,43%	9 16,07%
	4	n 12 21,43%	14 25,00%	10 17,86%	9 16,07%	19 33,93%	22 39,29%
	5	n 17 30,36%	22 39,29%	16 28,57%	16 28,57%	10 17,86%	17 30,36%
Auxiliar de Enfermagem	1	n 1 3,23%	2 6,45%	2 6,45%	1 3,23%	4 12,90%	2 6,45%
	2	n 7 22,58%	4 12,90%	4 12,90%	2 6,45%	9 29,03%	6 19,35%
	3	n 9 29,03%	7 22,58%	14 45,16%	15 48,39%	8 25,81%	6 19,35%
	4	n 8 25,81%	9 29,03%	2 6,45%	7 22,58%	4 12,90%	6 19,35%
	5	n 6 19,35%	9 29,03%	9 29,03%	6 19,35%	6 19,35%	11 35,48%

Fonte: Autora, 2017 - Dados da Pesquisa (2015).

Nota: *Representa a moda o que está marcado em negrito.

Na tabela 5, 36,92% (n=24) dos enfermeiros, 41,07 % (n=23) dos técnicos de enfermagem e 45,16% (n=14) dos auxiliares de enfermagem consideravam que algumas vezes (3) passam despercebidas as tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que se aprende na capacitação. Em relação ao indicador unidade de saúde, ressalta mais os aspectos negativos do que os positivos em relação ao uso, sendo avaliado por 33,85% (n=22) dos enfermeiros, 32,14% (n=18) dos técnicos de enfermagem e 48,39% (n=15) dos auxiliares de enfermagem como uma condição algumas vezes (3) e, frequentemente (4) vivenciada no ambiente de trabalho. O indicador relacionado aos elogios recebidos quando aplicadas corretamente no trabalho às novas habilidades, 27,69% (n=18) dos enfermeiros, 33,93% (n=19) dos técnicos de enfermagem e 29,03% (n=9) dos auxiliares de enfermagem apontaram como uma situação raramente, algumas vezes (3) e frequentemente (4) vivenciada no ambiente de trabalho. No que diz respeito ao indicador quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades e recebo orientações sobre como fazê-lo, os profissionais consideravam raramente (2), algumas vezes (3) e frequentemente (4), sendo, 30,77% (n=20) dos enfermeiros, 39,29% (n=22) dos técnicos de enfermagem e 35,48 % (n=11) dos auxiliares de Enfermagem.

A seguir são apresentados os resultados do suporte material à transferência de acordo com a avaliação dos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF.

5.2.2 Suporte material à transferência sob avaliação dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF

A seguir são apresentados, na tabela 6, os resultados das frequências e percentual indicando avaliação dos profissionais de enfermagem sobre baixo e adequado suporte material.

Tabela 6 – Avaliação dos profissionais de enfermagem entrevistados quanto ao adequado e baixo suporte material nos municípios de Maceió e Arapiraca, Maceió- AL, 2015.

Categoria		Suporte Material		Total
		Baixo Suporte	Suporte Adequado	
Enfermeiro	Frequência	60	5	65
	Percentual %	92,31%	7,69%	100%
Técnico	Frequência	43	13	56
	Percentual %	76,8%	23,2 %	100%
Auxiliar	Frequência	26	5	31
	Percentual %	83,87%	16,13%	100%
Toda amostra	Frequência	129	23	152
	Percentual %	84,87%	15,13	100

Fonte: Autora, 2017 - Dados da Pesquisa (2015).

Nota: X^2 2,11 p 0,34.

Na tabela 6, 84,87% (n=129) dos profissionais de enfermagem apontaram baixa qualidade, baixa disponibilidade e insuficiência de recursos materiais e financeiros, bem como a inadequação do ambiente físico à transferência de treinamento. Enquanto 15,13% (n=23) indicaram o suporte de material adequado. Os profissionais de enfermagem que mais informaram baixo suporte material foram os enfermeiros 92,31% (n=60) e auxiliares de enfermagem 83,87% (n=26) e, em seguida, os técnicos de enfermagem 76,8% (n=43).

A seguir, na tabela 7, são apresentadas as frequências, percentuais e a moda com sete itens (16 a 22) avaliados pelos profissionais de enfermagem sobre o suporte material associado a uma escala do tipo Likert de cinco pontos: 1 = “nunca”; 2 = “raramente”; 3 = “algumas vezes”; 4 = “frequentemente”; e 5 = “sempre”.

Tabela 7 - Avaliação dos profissionais de enfermagem entrevistados sobre o Suporte material nos municípios de Maceió e Arapiraca. Maceió-AL, 2015.

Item		16	17	18	19	20	21	22
Descrição do Item		Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri na capacitação.	Minha unidade de saúde tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliários e similares).	Os móveis materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na capacitação.	Os equipamentos, máquinas e/ou materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.	As ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.	O local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri na capacitação.	Minha organização tem fornecido o suporte financeiro extra (ex: chamadas telefônicas de longa distância, viagem ou similares) necessário ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação.
Enfermeiro	1	n 25 38,46%	17 26,15%	18 27,69%	10 15,38%	21 32,31%	16 24,62%	52 80,00%
	2	n 23 35,38%	28 43,08%	26 40,00%	19 29,23%	20 30,77%	20 30,77%	12 18,46%
	3	n 10 15,38%	15 23,08%	15 23,08%	25 38,46%	17 26,15%	14 21,54%	1 1,54%
	4	n 4 6,15%	4 6,15%	4 6,15%	9 13,85%	6 9,23%	11 16,92%	0 0%
	5	n 3 4,62%	1 1,54%	2 3,08%	2 3,08%	1 1,54%	4 6,15%	0 0%
Técnico de Enfermagem	1	n 13 23,21%	12 21,43%	10 17,86%	11 19,64%	10 17,86%	16 28,57%	43 76,79%
	2	n 9 16,07%	20 35,71%	18 32,14%	17 30,36%	10 17,86%	15 26,79%	7 12,50%
	3	n 14 25,00%	17 30,36%	21 37,50%	20 35,71%	23 41,07%	13 23,21%	5 8,93%
	4	n 7 12,50%	4 7,14%	4 7,14%	4 7,14%	7 12,50%	4 7,14%	1 1,79%
	5	n 13 23,21%	3 5,36%	3 5,36%	4 7,14%	6 10,71%	8 14,29%	0 0%
Auxiliar de Enfermagem	1	n 11 35,48%	8 25,81%	9 29,03%	6 19,35%	6 19,35%	8 25,81%	18 58,06%
	2	n 6 19,35%	9 29,03%	11 35,48%	10 32,26%	10 32,26%	12 38,71%	7 22,58%
	3	n 5 16,13%	7 22,58%	8 25,81%	8 25,81%	8 25,81%	6 19,35%	3 9,68%
	4	n 3 9,68%	4 12,90%	1 3,23%	4 12,90%	4 12,90%	3 9,68%	3 9,68%
	5	n 6 19,35%	3 9,68%	2 6,45%	3 9,68%	3 9,68%	2 6,45%	0 0%

Fonte: Autora, 2017 - Dados da Pesquisa (2015). Nota: *Representa a moda o que está marcado em negrito

Na tabela 7, verificamos que 35,48% (n=23) dos enfermeiros, 25,00% (n=14) dos técnicos de enfermagem e 35,48% (n=11) dos auxiliares de enfermagem avaliaram nunca (1), raramente (2), e algumas vezes (3) com o indicador chamam a atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri na capacitação. Em relação ao indicador unidade de saúde tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliários e similares), foi avaliado como raramente (2) por 43,08% (n=28) dos enfermeiros, 35,71% (n=20) dos técnicos de enfermagem e 29,03% (n=9) dos auxiliares de enfermagem. Aliado a isso, o item os móveis materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na capacitação foi avaliado como: raramente (2) e algumas vezes (3) por 40,00% (n=26) dos enfermeiros, 37,50% (n=21) dos técnicos de enfermagem e 35,48% (n=11) dos auxiliares de enfermagem.

No que diz respeito ao indicador as ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades foi avaliado nunca (1), raramente (2), e algumas vezes (3) por 32,26% (n=21) dos enfermeiros, 41,07% (n=23) dos técnicos de enfermagem e 32,26% (n=10) dos auxiliares de enfermagem.

Em relação ao indicador o local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri na capacitação foi avaliado nunca (1), e raramente (2) por 30,77% (n=20) dos enfermeiros, 28,57% (n=16) dos técnicos de enfermagem e 38,71% (n=12) dos auxiliares de enfermagem. No que se refere ao indicador a organização tem fornecido o suporte financeiro extra necessário ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação foi avaliado nunca (1) por 80,0% (n=52) dos enfermeiros, 76,8% (n=43) dos técnicos de enfermagem e 58,1% (n=18) dos auxiliares de enfermagem.

6 DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se às discussões dos resultados obtidos e está voltado para a caracterização das atividades de EPS e a avaliação do suporte à transferência de treinamento pelos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF.

6.1 Caracterização das atividades de EPS

Os dados levantados neste estudo permitiram inferir que os profissionais de enfermagem entrevistados afirmaram que a SMS foi a instância governamental que mais ofertou as atividades de EPS, sendo fundamental que outras instâncias promovam com mais frequências as atividades de EPS. Portanto, essa realidade deve estar relacionada à falta de incentivo e de avaliação dos gestores para o desenvolvimento das atividades de EPS pelos profissionais no local de trabalho. Alguns autores corroboram que os gestores promovam a melhoria da qualificação dos trabalhadores de enfermagem, para proporcionar benefícios para o cuidado, para as organizações e para os próprios trabalhadores (PAULINO et al., 2012). Diante disso, é necessário um empenho maior dos dirigentes das instituições quanto ao incentivo e à busca por investimentos na capacitação de seus funcionários (ALVES et al., 2014).

Outro fator a ser considerado é que as atividades de EPS foram realizadas no período de dez horas de duração. Tal fato pode estar associado com a metodologia tradicional empregada. Entretanto, conforme Maia et al. (2016), não há consenso na literatura quanto ao tempo mínimo ou máximo preconizado. Cabe evidenciar que, para aprendizagem ser significativa e provocar mudanças no cotidiano das organizações, as atividades de curta duração podem não permitir aprendizagem do profissional para um processo de construir e desconstruir idéias a partir de suas vivências na realidade das instituições de saúde. Além disso, as escolhas metodológicas nas capacitações são fundamentais para a compreensão de seus resultados, e o impacto das capacitações depende do envolvimento e da satisfação do público-alvo, e isso está intimamente ligado ao método empregado no seu desenvolvimento (LIMA; RIBEIRO, 2016).

No que diz respeito às estratégias de atividades de EPS, os profissionais entrevistados afirmaram que predominaram as palestras. Neste estudo, há uma

fragilidade que ainda predomina nas metodologias tradicionais de ensino que continuam sendo empregadas pelas instâncias governamentais para os profissionais de enfermagem, que enfatizam a memorização de procedimentos e técnicas, dificultando que o profissional desenvolva uma visão crítica da realidade. Diversos autores corroboraram com este estudo, enfatizando que essa metodologia de ensino revela o predomínio de educação enquanto transmissão e atualização técnico-científica dos saberes específicos de cada área profissional (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012; SANTOS et al., 2015).

De acordo com o MS, no aspecto da EPS, é esperado que houvesse uma transformação significativa na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, modificando as estratégias educativas a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas sobre o próprio fazer (BRASIL, 2009). As instituições de saúde vêm se preocupando em adotar o termo EP sem revisar suas práticas educativas, que estão focadas na pedagogia tradicional e seu escopo não está alinhado às propostas da PNEPS (BASTOS; CIAMPONE; MIRA, 2013).

Além disso, os profissionais de enfermagem consideraram que as atividades de EPS realizadas contribuíram para sua atuação na USF/equipe. Contrapondo o estudo, alguns autores referem que os processos educativos não estavam surtindo efeito no seu processo de trabalho, ou seja, a gestão do trabalho em saúde permanece burocrática, ritualística e não logra produzir novas subjetividades para produção do cuidado em saúde (SILVA et al., 2015). É importante sintonizar e mediar às ofertas de EP pré-formatadas (cursos) com o momento e o contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2012).

Outro dado importante foi que os profissionais de enfermagem tiveram necessidades de atividades em algum tema/conteúdo. Conforme Alves et al. (2014), referem que a escolha dos temas das atividades de EP seja realizada com toda a equipe de saúde, levando-se em conta a realidade vivenciada no cotidiano do trabalho dessas equipes. Corroborando com o estudo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012), afirma que a EP tem caráter e iniciativa ascendentes, é central que cada equipe, cada UBS e cada município demandem, proponha e desenvolvam ações de EP, tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município.

Em relação às atividades de EPS tendo como tema gestão ou gerência, um maior contingente de profissionais de enfermagem não participou desse tema. Esse fato está relacionado à falta de reconhecimento institucional da função gerencial, que, por sua vez, é muito importante para contribuir com a organização dos serviços de saúde, proporcionando um atendimento mais humanizado ao usuário, para que este tenha suas necessidades de saúde satisfeitas. Outros autores, como Bazzo-Romagnolli, Gimenez-Carvalho e Nunes (2014), corroboraram ao apontar que um gerente pode se constituir um elemento fundamental para a implementação de mudanças nos serviços de saúde, tendo em vista sua destacada atuação tanto na organização do processo de trabalho como na gestão dos trabalhadores. A função gerencial pode ser conceituada como sendo um instrumento capaz de, política e tecnicamente, organizar o processo de trabalho com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral(OLIVEIRA et al.,2012).

Além disso, conforme Silva et al. (2015), as capacitações podem contribuir com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores na dimensão técnica, ética, política, compartilhando com as concepções de Ceccim (2004), ao destacar que a EPS constitui-se uma estratégia fundamental às transformações do trabalho na saúde, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, havendo necessidade, no entanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor.

O dado referente o tema preparação para trabalhar com estudantes, um número relevante de profissionais de enfermagem não participou das atividades de EPS ofertadas que tiveram esse tema. Nesse estudo há uma deficiência em relação à integração ensino e serviço. De acordo com a reforma sanitária os profissionais de enfermagem devem ser preparados com conhecimentos teórico, didático e político para que seja possível oferecer ao estudante a compreensão do propósito da enfermagem (RODRIGUES et al., 2014).Conforme Batista et al. (2014), a educação dos profissionais de saúde por sua vez, deve ser entendida como processo permanente na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, a gestão e os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

Outro fator relevante, um número elevado de profissionais de Enfermagem não realizou as atividades de EPS com o tema controle social e direito à saúde. Tal

fato deve estar relacionado ao não reconhecimento da importância desse tema pela gestão estadual e municipal. Corroborando com o estudo, alguns autores afirmaram que os conselhos de saúde são instâncias políticas permanentes e deliberativas que possuem como uma de suas principais atribuições propiciarem a participação da sociedade civil, organizada e dos usuários do SUS, embora não tenham prioridade para a gestão (CRISTO, 2012). Portanto, os conselhos possuem uma importância estratégica no processo de reorganização da atenção à saúde, sendo fundamentais o apoio e o compromisso dos gestores municipais no sentido de estimular a participação e reforçar o compromisso ético com a população (SILVA et al., 2012).

6.2 Avaliação do suporte à transferência de treinamento pelos profissionais de enfermagem entrevistados na ESF.

Conforme demonstrado no capítulo sobre os resultados da avaliação dos profissionais de enfermagem em relação ao suporte psicossocial, esse é um fator a ser explorado, apesar de um menor número de profissionais de enfermagem mencionou baixo apoio gerencial, social e organizacional no ambiente de trabalho para aplicação das novas habilidades que adquiriram nas atividades de EPS. Corroborando com o estudo, alguns autores relataram que à gestão deve ter: relacionamento com os profissionais, compromisso com a EP, organização do serviço com um planejamento baseado nas necessidades locais, a definição de papéis e atribuições do pessoal como facilitadores do trabalho dos gerentes (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Além disso, em relação ao suporte psicossocial, alguns autores afirmaram que as dificuldades de operar os processos de EPS estão relacionadas à Gestão do Trabalho em Saúde, que se constitui numa combinação de diferentes funções de planejamento e gestão que possibilitam a formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação da força de trabalho no setor (SILVA et al., 2015). De acordo com Sengue (1998), os gerentes/líderes não têm o papel de conduzir as pessoas para a mudança, mas, sim, de criar ambientes organizacionais que inspirem, suportem e alavanquem a imaginação e a iniciativa que existe em todos os níveis e, assim, incentivar o processo de mudança por meio dos trabalhadores envolvidos no trabalho (BRASIL, 2005).

Assim, tais fatos mencionados anteriormente de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)(2012), competem às SMS e ao Distrito Federal: programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial, e, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando um instrumento de programação nacional ou correspondente local; desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de EP aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica (AB) e das equipes de saúde da família; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União; e definir estratégias de institucionalização da avaliação da AB.

Além disso, corroborando com o estudo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)(2017), referem que o principal desafio é a 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.

No que se refere aos fatores situacionais de apoio, apesar de um menor número de profissionais de enfermagem relatou que não tem suporte dos gestores para aplicação das novas atitudes no retorno ao trabalho, é fundamental melhorar essa realidade nas USF. Alguns autores corroboram que é fundamental a participação ativa da gestão da ESF, que consiste no acompanhamento do processo de trabalho identificado tanto pela equipe de saúde quanto pelo usuário do sistema de cada setor, sendo imprescindível a definição de intervenção e articulação com a rede de serviços, caso seja necessário (BARRÊTO et al., 2012). No tocante aos gerentes, estes deverão adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família (TANAKA; TAMAKI, 2012). E, que a formação e a capacitação levam ao comprometimento profissional (LAVICH et al., 2017; ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012)

No que se refere, na dimensão do processo de trabalho da gestão, o enfermeiro faz uso de ferramentas específicas e tem como objetos, a organização

do trabalho e os recursos humanos de enfermagem (SANNA, 2007). É importante ressaltar que mesmo o trabalho gerencial refere-se ao gerenciamento da assistência/cuidado. Esse contexto contrapõe estudos realizados em outros locais, em que a gerência aparece em primeiro lugar e o enfermeiro tem a administração da unidade como seu trabalho principal (HAUSSMANN; PEDUZZI, 2009).

Desse modo, em relação os fatos mencionados anteriormente são necessários rever e recompor os modelos de gestão, bem como as competências inerentes à formação dos profissionais/gestores, é importante a participação da academia, juntamente com as organizações/instituições, no sentido de repensar as práticas e as teorias relacionadas aos processos de trabalho e educação em saúde (CIAMPONE ; KURCGANT , 2004). Nessa perspectiva, a EPS deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, os itens piores avaliados no estudo pelos fatores situacionais de apoio, principalmente pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, foram os prazos de entrega de trabalho, que inviabilizam o uso das habilidades adquiridas na capacitação, e os obstáculos e dificuldades associadas à aplicação das novas habilidades adquiridas na capacitação são identificados e removidos pelo superior imediato. Alguns autores corroboram com o estudo, que o tempo de trabalho não é proporcional à demanda de serviço, por isso o funcionário busca utilizar métodos já massificados, evitando desenvolver novas habilidades para aperfeiçoar ou aperfeiçoar o serviço. Os prazos de entrega de trabalhos inviabilizam o uso das habilidades que são aprendidas no treinamento e ressaltam aspectos negativos do suporte à transferência de treinamento (DIAS; GUIMARÃES, 2016). Enquanto outros estudos se contrapõem com suporte positivo no que diz respeito ao apoio das chefias à transferência para as atividades diárias dos servidores (ARAÚJO, 2015; BASTOS; CIAMPONE; MIRA, 2013; YOTAMO, 2014).

Outro aspecto relevante neste estudo foi o fator, consequências associadas ao uso das novas habilidades, apesar do percentual não ter sido baixo suporte, é necessário mais suporte dos colegas, pares ou superiores hierárquicos à transferência de treinamento. Alguns autores relataram que a gestão tem o papel de criar espaços organizacionais para que os sujeitos possam refletir sobre sua prática e negociar mudanças no modo de agir e construir seus valores (MEYER; FELIX,

VASCONCELOS, 2013). Conforme Viana et al. (2015), a implementação e a consolidação da PNEPS apresentam-se como uma necessidade e devem ser priorizadas pela gestão, pois têm papel fundamental para a concretização da EPS. O estilo gerencial precisa mudar, passando de um paradigma central autoritário, que enfatiza o treinamento pela padronização de condutas, para uma educação que privilegie o outro como ser pensante e criativo, capaz de se corresponsabilizar pela execução de suas atividades (BUENO; BERNARDES, 2010).

Desse modo, os itens piores avaliados no estudo, em relação às consequências associadas ao uso das novas habilidades principalmente pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, foram que, no ambiente de trabalho, passam despercebidas as tentativas de aplicar as novas habilidades adquiridas na capacitação e, na unidade de saúde. Em seguida, os elogios recebidos quando aplicadas corretamente no trabalho às novas habilidades esses ressaltam mais os aspectos negativos do que os positivos em relação ao uso. Corroborando, outros estudos apresentaram resultados que contrapõem o estudo, os autores afirmaram que os profissionais compartilham conhecimentos entre si, ajudando aqueles que não dominam uma habilidade específica, o que gera confiança no grupo. Então, percebe-se que o ambiente de trabalho é caracterizado pelo coletivismo e que os profissionais buscam a cooperação e o auxílio para aplicação de novas habilidades por meio do apoio de seus colegas, compartilhando informações e conhecimentos que viabilizam o desenvolvimento das tarefas (DIAS; GUIMARÃES, 2016; ARAÚJO, 2015; YOTAMO, 2014;).

No que se refere a dimensão suporte material, devido o baixo suporte relatado pelos profissionais de enfermagem, são necessárias muitas modificações a serem realizadas pelos gestores municipal e estadual, para que os profissionais coloquem em prática os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidas nas atividades de EPS. Corroborando com o estudo, alguns autores relataram que são necessários investimentos nas ESF com recursos materiais, estrutura física e recursos humanos. A falta ou deficiência de infraestrutura comprometem a organização, o planejamento e a implementação das ações da ESF, interferindo de modo direto no trabalho da equipe e na assistência prestada aos usuários, e ainda, gerando desmotivação na execução das atividades (FIRMINO et al., 2016). Assim, é preciso incentivo financeiro, técnico e político à rede básica de saúde no país, pois os investimentos em infraestrutura são necessários para promover a reforma e

construção de unidades de saúde que contemplem a saúde da família (BARATIERI; MARCON, 2012).

Nesse sentido, em relação ao suporte material, vários autores afirmaram que os profissionais de enfermagem, para desenvolver as suas atividades de EPS, necessitam de um ambiente laboral agradável e saudável, constituído de elementos essenciais, como estrutura física, recursos materiais, salubridade e demais componentes indispensáveis ao desenvolvimento de seu processo de trabalho (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; MINAMI et al., 2012). A vinculação dos processos de EPS à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Assim, os itens piores avaliados no estudo na dimensão suporte material, principalmente pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, foram: a unidade de saúde não tem fornecido os recursos materiais necessários; o local de trabalho no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, não é adequado à aplicação correta das habilidades e a organização não tem fornecido o suporte financeiro extra necessário ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação. Outros estudos corroboram com esses dados, pois os participantes também consideravam negativo o suporte material (BASTOS, CIPIONE; MIRA, 2013; PEIXOTO, 2016), embora outros estudos apresentaram resultados positivos, com suporte material adequado (ARAÚJO, 2015; BRAZ, 2009; COSTA, 2013).

Desse modo, conforme a PNAB (2012) com relação à infraestrutura e ao funcionamento da AB, são necessárias para a realização das ações de nos municípios e no Distrito Federal: a manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das UBS e a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das UBS. Corroborando com esse contexto, o PMAQ (2017) refere, que dentre os desafios que pretende enfrentar para a qualificação da AB: precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada; ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre, e inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho.

7 CONCLUSÃO

Os dados do estudo referentes às atividades de EPS revelam que os profissionais de enfermagem entrevistados afirmaram que a SMS foi à instância que mais ofertou as ações de EPS, sendo fundamental o apoio da gestão para que os profissionais desenvolvam nas USFs conhecimentos adquiridos nas ações de EPS.

Em relação à estratégia mais utilizada para o desenvolvimento das atividades de EPS ofertadas para os profissionais de enfermagem foi a palestra. Apesar de essa estratégia ter finalidade de desenvolvimento profissional, não consegue promover a modificação institucional devido à metodologia tradicional utilizada, apoiada na exposição dialogada, que favorece a transmissão dos conhecimentos, e a uma carga horária curta para os participantes, dificultando a construção de uma visão crítica da realidade, tendo por sua vez o enfoque de educação continuada. Conforme a PNEP, PNAB e PMAQ é fundamental utilizar a EPS que é uma estratégia que permite mudanças no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando uma maior capacidade de intervenção dos profissionais no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde.

No que se referem temas que são considerados prioritários para o PES no desenvolvimento das atividades de EPS, poucos temas foram ofertados referentes aos eixos temáticos preconizados pelo PES para os profissionais de enfermagem pelas instâncias governamentais, dificultando os processos de qualificação desses trabalhadores e uma visão integral da atenção à saúde.

Outros dados relevantes para o estudo foram: o suporte psicossocial que os profissionais mencionaram falta de apoio gerencial, social e organizacional no ambiente de trabalho para aplicação das novas habilidades que adquiriram nas atividades de EPS, aos fatores situacionais de apoio os profissionais de enfermagem indicaram a falta de incentivo da chefia imediata na remoção de obstáculos à transferência de treinamento e no acesso às informações necessárias à aplicação dos novos conhecimentos no trabalho. Sobre as consequências associadas ao uso das novas habilidades no trabalho, os profissionais de enfermagem apontaram que, no ambiente de trabalho, ocorrem reações desfavoráveis dos colegas e gestores ao uso das novas habilidades adquiridas nas atividades de EPS à transferência de treinamento. Em relação ao suporte material foi o dado que teve um maior contingente de profissionais de enfermagem que avaliaram baixa qualidade,

indisponibilidade, insuficiência de recursos materiais e financeiros e inadequação do ambiente físico à transferência de treinamento. Portanto, essas condições de trabalho devido a falta de suporte da gestão para aplicação dos novos conhecimentos adquiridos nas atividades de EPS, proporcionam uma insatisfação que vem afetar o desempenho e a qualidade da assistência dos profissionais de enfermagem.

Desse modo, o estudo contribuiu para o avanço nos estudos relacionados ao suporte à transferência de treinamento nas atividades de EPS na área de enfermagem, verificando a escassez de estudos organizacionais na área da enfermagem dirigidos por meio da avaliação das variáveis da pesquisa. Assim, os dados podem possibilitar para que os profissionais de enfermagem tenham melhores condições de trabalho e apoio dos gestores municipais e estaduais para o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos nas ações de EPS. Além da ampliação de informações sobre a caracterização das atividades de EPS e o suporte à transferência de treinamento, com a finalidade de demonstrar a importância do comprometimento dos profissionais de enfermagem e dos gestores municipais e estaduais em relação à qualificação e ao aperfeiçoamento. Portanto, o estudo poderá proporcionar um melhor desempenho dos profissionais de enfermagem e dos gestores locais através da aplicação das atividades de EPS desenvolvidas pela gestão estadual e municipal favorecendo uma assistência de qualidade por meio da oferta de cuidados integrais de saúde à comunidade.

Além disso, o fator que limitou este estudo foi a amostra que poderia ter sido probabilística, assegurando a representatividade, para que se chegasse a resultados mais próximos da realidade da população.

Mediante os resultados apresentados e discutidos, sugerimos para futuros estudos: expansão da pesquisa para os demais profissionais da área de saúde, de forma a melhorar o ambiente de trabalho para outros profissionais, visando a uma melhor assistência; aplicação das atividades de EP com uma metodologia que utilize a aprendizagem significativa no trabalho, estratégia que inclui diferentes saberes, indicada para aprimoramento pessoal frente às exigências no trabalho, possibilitando a transformação das práticas profissionais nos serviços de saúde; as ações de EPS devem ser desenvolvidas pela gestão, seguindo o plano estadual de EPS e priorizando as necessidades locais; preparação dos gerentes para desenvolvimento de estratégias que possibilitem a identificação e a remoção de

obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades. Além disso, devem estimular e apoiar os esforços dos profissionais de enfermagem para que estes tenham maior motivação para a aplicação dos conhecimentos adquiridos nas ações de EPS, adequando o suporte material nas diversas USF, pelo fato do ambiente organizacional exercer um papel importante que influencia na aplicação dos conhecimentos adquiridos nas ações de EPS pelos profissionais.

Desse modo, evidenciamos que o suporte oferecido pelos gestores municipais e estaduais para a transferência de treinamento não está sendo eficiente para que os profissionais de enfermagem desenvolvam os conhecimentos adquiridos nas atividades de EPS, sendo necessário, para o desenvolvimento das atividades de EPS, que as instâncias governamentais planejem sistematicamente as ações de EPS e proporcionem aos profissionais de enfermagem condições de suporte materiais adequadas à aquisição, à retenção e à transferência de novas aprendizagens no trabalho.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G. S. Medidas de avaliação de procedimentos, processos e apoio instrucionais em TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 443-468.

_____. **Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho-IMPACT**. Brasília, DF: UNB, 1999.

_____; BORGES-ANDRADE, J. E. Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 237-275.

_____. Aprendizagem humana nas organizações e trabalho. In J.C.Zanelli, J.E.Borges-Andrade& A.V,B. Bastos (Orgs), **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** (pp.235 -275).Porto Alegre:Artmed,2004.

ABBAD, G.; NOGUEIRA, R.; WALTER, A. M. Abordagens instrucionais em planejamento de TD&E. In: J. E. BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G.; MOURÃO, L. (Org.). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 225-281.

_____; SALLORENZO, L. H. Desenvolvimento e validação de escalas de suporte à transferência de treinamento. **Revista de Administração**, São Paulo, v.36, n. 2, p.33-45, abr./jun. 2001. Disponível em: <200.232.30.99/download.asp?file=v36n2p33a45.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. et al. **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ABREU, R. D.; GONCALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0386.pdf>> .Acesso em: 8 jan. 2017.

ALAGOAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Alagoas 2016-2019**. Maceió, 2015.

ALAGOAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Maceió, 2016

ALVAREZ, K.; SALAS, E.; GAROFANO, C. M. An integrated model of training evaluation and effectiveness. **Human Resource Development Review**, Houston, v. 3, n. 4, p. 385-416. Dec. 2004.

ALVES, G. G.; AERTS D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 319-325, 2011. Disponível: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63015361030.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ALVES, M. R. A. et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [Online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 882-888, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2993/pdf_1324>. Acesso em: 10 out. 2016.

ARAUJO, M. C. S. Q. **Avaliação de treinamento em uma Agência Reguladora**: aprendizagem, reação e impacto. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Kesia/Documents/MESTRADO%20EM%20ENFERMAGEM%202015.1/DISSERTAÇÃO/melhores%20artigos%20de%20suporte/Avaliação%20de%20treinamento.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

BARATIER, T., MARCON, S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 56-63, mar. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21007/16999>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BÁRCIA, M. F. **Educação permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Trabalho do apoiador matricial na estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 166-177, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3789/2993>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BASTOS, L. F. L.; CIAMPONE, M. H. T.; MIRA, V. L. Avaliação de suporte à transferência e impacto de treinamento no trabalho dos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1274-1281, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01274.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BATISTA T.N. et. al. Contribuições no Processo de Integração Ensino-Serviço Vivenciadas no Grupo Tutorial PET-Saúde da Família e Redes: Percepção do Tutor, Preceptor e Estudantes. **Revista Brasileira Cienc. Saúde**, Volume 18 Suplemento 1 Páginas 77-84 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.Ufpb.br/ojs2/index.php/rbcf>>. Acesso em 15 de jan. 2018.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A. P.; GIMENEZ-CARVALHO, B.; NUNES, E. F. P. A. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos

utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 13, n. 27, 162-174, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a10.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BOMFIM, E. S. et al. Educação permanente em saúde: discussão das práticas educativas na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 8, p. 2833-2837, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../15588>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

BORGES-ANDRADE, J. E. Avaliação integrada e somativa em TD&E. In: _____; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 346-358.

_____. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. esp., p. 31-43, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a05v7esp.pdf>> Acesso em: 5 jan. 2017.

_____; ABBAD, G. S. Treinamento e desenvolvimento: reflexões sobre suas pesquisas científicas. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 112-125, 1996. Disponível em: <repositorio.unb.br/bitstream/10482/1123/1/ARTIGO_Treinamento_Desenvolvimento_Pesquisas_Cientificas.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____; _____; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRAGA, B. A. et al. Motivação para o treinamento: uma análise da produção científica de pesquisas em periódicos nacionais de excelência e agenda de pesquisa. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 35-45, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v53n1/v53n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 jun. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 22 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007.

Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõem sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.ht>> Acesso em: 28 de dezembro 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: ><https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html> Acesso em :10 jan. 2017.

_____. Ministério de 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 (2015-2017)**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <89.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. 110 p. : il. (Série E. Legislação em Saúde).>Disponível em: <89.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em:10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde**: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRZ; 2005. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf> Acesso em: 2 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, DF, 2005. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_rodada.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

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, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9). Disponível em:<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7c9db111faa>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRAZ, R. M. M. **Relação entre suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho**. 2009. 50 f. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.

BROAD, M. L. Management actions to support transfer of training. **Training and Development Journal**, Madison, v. 36, n. 5, p. 124-130, 1982. Disponível em:<https://aprender.ead.unb.br//ART_1982_BROAD_Management>. Acesso em: 8 jan. 2017.

BUENO, A. A.; BERNARDES A. percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45-53, jan./mar. 2010.

CAJUEIRO, R. L. P. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: guia prático do estudante**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4895/3208>> . Acesso em: 10 out. 2017.

CARDOSO, M. L. M. A Política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CARMO, T. M. D. Trabalho noturno: a privação do sono da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. **Ciência et Praxis**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 19-24, 2010. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2172>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CARVALHO, R. S.; ABBAD, G. S. Avaliação de treinamento a distância: reação, suporte à transferência e impactos no trabalho. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 95-116, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v10n1/a06.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

CAVALCANTE, E. F. O. et al. Prática da educação permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPEonline**, Recife, v. 7, n. 2, p. 598-607, fev. 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10272/10907> >. Acesso em: 30 out. 2016.

CAVALCANTI, Y. W.; PADILHA, W. W. N. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 170-180, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0170.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004 /fev.2005a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dec., 2005b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>>. Acesso em: 30 out. 2016.

_____; FEUERWERKER, L. M. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1- 65, jan./jun. 2004. Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 401-407, 2004. <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a03.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

COLENCI, R., BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-166, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a22.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-180, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>>. Acesso em: 20 out. 2016.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/530/552>>. Acesso em: 30 out. 2016.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

CRISTO, S. C. A. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 93-111, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a06n109.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

DAMASCENO, S. M. S.; ABBAD, G. S.; MENESES, P. P. M. Modelos lógicos e avaliações de treinamentos organizacionais. **Paidéia (USP)**, Ribeirão Preto, v. 22, p. 217-227, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n52/08.pdf>>. Acesso em: 30 de outubro de 2017.

D'AVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00401.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

DIAS, D. M.; GUIMARÃES, M. G. V. Avaliação do impacto da capacitação profissional no âmbito da prefeitura de Manaus por meio da aplicação do modelo IMPACT. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 200-222, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/pgc/article/view/26486/15481>> Acesso em: 2 jan. 2018.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização, **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012. Disponível em: >http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/acoes_estruturantes_interministeriais_reorientacao_atencao.pdf> Acesso em: 8 jan. 2017.

FIGUEIREDO, E. B. L. et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-162, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00036.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde**: apoio Paideia e formação. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313771/1/Figueiredo_MarianaDorsa_D.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

FIRMINO, A. A. et al. Atuação de Enfermeiros na estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais. **Saúde**, Santa Maria, v. 42, n.1, p. 49-58, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/download/18694/pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

FREITAS, I. A. **Impacto de treinamento nos desempenhos do indivíduo e do grupo de trabalho**: suas relações com crenças sobre o sistema de treinamento e suporte à aprendizagem contínua. 2005. Tese (Doutorado em) - Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

FREITAS, I. A.; BORGES-ANDRADE, J. E. Construção e validação de escala de crenças sobre o sistema treinamento. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 3, p. 479-488, 2004.

FREITAS, I. A.; BRANDÃO, H. P. Trilhas de aprendizagem como estratégia de TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. Disponível em: <http://files.portalconscienciapolitica.com.br/200000081-ed3e5ee3d0/Pedagogia%20do%20Oprimido.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

GIGANTE R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Ativação de mudanças na formação superior em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 238-246, 2010. Disponível em: > <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a07v34n2.pdf>>. Acesso em > 15 out. 2017.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J.; MENDONÇA, F. F. Percepções de participantes quanto ao curso de ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/03.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

HAMBLIN, A. C. **Avaliação e controle de treinamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.

HAUSSMANN, M; PEDUZZI M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>>Acesso em: 2 jan. 2018

HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, maio/jun.

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a13v20n3.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Alagoas. Arapiraca.

Infográficos: dados gerais do município. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=270030&search=alagoas|arapiraca>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

_____. Alagoas. Maceió. **Infográficos**: dados gerais do município. Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=270430>. Acesso em: 19 jul. 2017.

JUNQUEIRA, C. B. **Trilhas de desenvolvimento profissional**. Porto Alegre: [s.n.] 2000. Mimeografado.

KIRKPATRICK, D. L. Evaluation of training. In: CRAIG, R. L. **Training and development handbook**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1976. p. 8-27.

LAVICH, C. R. P. et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e62261, mar. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v38n1/0102-6933-rngen-1983-144720170162261.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

LEITE, M. T. S. et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no Norte de Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 594-600, out./dez., 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-23943>>. Acesso em: 10 out. 2016.

LE MOS, C. L. S. Educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3,

p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. **Projeto Memória da Educação Profissional em**

saúde: anos 1980-1990: relatório final, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em:

<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis: Revista de**

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501, 2016. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00483.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-473149>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

MACEIÓ. Secretaria Municipal De Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Relatório das ações desenvolvidas**. Maceió, 2016.

MACHADO, M. H. et al Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. esp., p. 9-14, 2015. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>> Acesso em: 10 jan. 2017.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 119-122. jul. 2012. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MAIA, L. G. et al. Atividades educativas na saúde na perspectiva da educação permanente em um município de Goiás. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 30-47, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/20/11>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MENESES, P. P. M. et al. Medidas de Características da clientela em avaliação de TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G., MOURÃO, L. (Org.). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MENESES, P. P. M.; ZERBINI T. Levantamento de necessidades de treinamento: reflexões atuais. **Análise**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 50-64, jul.-dez. 2009.

MENESES, P., ZERBINI, T. ABBAD, G. **Manual de treinamento organizacional**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MENESES, P. P. M.; ZERBINI, T.; ABBAD, G. **Manual de treinamento organizacional**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop4513.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2017.

MINAMI, L. F. et al. Avaliação do treinamento “Prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão” ministrado à equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 663-670, jul./set. 2012 Disponível em: >https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a24.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

MIRA, V. L. **Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo**. 2010. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MONTANHA, D; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MORA, C. T. R.; RIZZOTTO, M. L. F. Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1018-1032, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01018.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de educação permanente em saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/806>>. Acesso em: 25 out. 2017.

MOREIRA, C. E. R.; MUNCK, L. Estilos de Aprendizagem versus Treinamento Vivencial ao Ar Livre. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v. 3, p. 9-25, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/download/2234/1363> Acesso em: 30 out. 2017.

MOURÃO, L.; BORGES-ANDRADE, J. E. Avaliação de TD&E no nível do valor final: possibilidades de mensuração. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005. **Anais...** Brasília, DF: ANPAD, 2005.

_____; MARINS, J. Avaliação de treinamento e desenvolvimento nas organizações: resultados relativos ao nível de aprendizagem. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 72-85, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

MUROFUSE, N. T. et al. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 314-320, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

NGUYEN, K.; KIM, K. The impact of situational factors on pre-training motivation. **Journal of Leadership**, Raleigh, v. 10, p. 109-121, 2013. Disponível em: <http://www.na-businesspress.com/JLAE/NguyenKT_Web10_1_.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

ODELIUS, C. C.; SIQUEIRA JÚNIOR, F. A. B. Aspectos que influenciam a efetividade de políticas e práticas de TD&E na área de Tecnologia da Informação de uma instituição financeira. **Revista de Gestão**, São Paulo, v. 15, n. 4, art. 6, p. 85-100, 2008.

OLIVEIRA, F. E. L. et al. A gerência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 834-844, set./dez. 2012. Disponível em: <www.redalyc.org/html/3240/324027983013>. Acesso em: 20 ago. 2017.

OLIVEIRA, M. A. Evolução do T&D nas organizações do Brasil: lições do passado e tendências para o futuro. In: BOOG, G; BOOG, M. (Org.). **Manual de treinamento e desenvolvimento: gestão e estratégias**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICAN DE LA SALUD. **Educación permanente de personal de salud em La Región de las Américas**: propuesta de reorientación, fundamentos. Washington: OPS, 1988. (Série Desarrollo de recursos humanos, 78).

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p. 94-106, maio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

PANTOJA, M. J.; BORGES-ANDRADE, J. E. Estratégias de aprendizagem no trabalho em diferentes ocupações. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 41-62, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_833.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

PAULINO, V. C. P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a15.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

PEIXOTO, L. S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

PEIXOTO, D. F. **Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de Programa Saúde da Família de São José da Laje/Alagoas**. Dissertação (Mestrado em Ciências Económicas e das Organizações) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/48585714.pdf>> Acesso em : 10 setembro 2017.

PEREIRA, F. M.; BARBOSA, V. B. A.; VERNASQUE, J. R. S. A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. Dissertação **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 236-242. jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/921>.> Acesso em: 10 dez. 2017.

PILATI, R. História e importância de TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

_____; ABBAD, G. D. S. Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 21, p. 43-51, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a07v21n1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____; BORGES-ANDRADE, J. E. Construção de medidas e delineamentos em avaliação de TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G., MOURÃO, L. (Org.). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

_____; PORTO, J. B.; SILVINO, A. M. D. Validação de medidas de efetividade de cursos de mestrado e doutorado no trabalho **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 78-94, jul./dez. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/1932/5417>>. Acesso em: 25 out. 2017.

_____. Educação corporativa e desempenho ocupacional: há alguma relação?. **RAE electron**. [online]. 2009, vol.8, n.2.> Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-56482009000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00056.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 209-218, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00209.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

RODRIGUES A. M. M. et. al. Preceptorial na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.35 no.2 Porto Alegre June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000200106&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 15 de janeiro de 2018

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SALVADOR, R. L. C. D.; CANÇADO, V. Impacto de treinamento no trabalho: um estudo de caso na Fundação Hemominas. **Teoria e Prática em Administração**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 70-98, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/tpa/article/view/15383/9942>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SAMPAIO, J. R.; TAVARES, K. C. Estrutura e Programas de T&D: o Caso das Empresas Estrutura e Programas de T&D: o caso das empresas públicas e sociedades de economia mista do estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 121-144, jan./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5n1/v5n1a08>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em ><http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>> Acesso em: 2 jan. 2018.

SANTOS, A. M. et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 1, p. 39-49, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2320/857>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SANTOS FILHO, G. M.; MOURÃO, L. A relação entre comprometimento organizacional e impacto do treinamento no trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 75-89, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/download/22248/20168>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

SCHULTZ, T. W. **O valor econômico da educação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. São Paulo: Best Seller, 1998. Disponível em: <http://www.record.com.br/images/livros/capitulo_tR6D2l.pdf> Acesso em: 2 jan. 2018.

SILVA, A. L.; ABBAD, G. S. Benefícios e limitações do balancedscorecard para avaliação de resultados organizacionais em treinamento, desenvolvimento e educação. **Revista Ibero Americana de Estratégia (RIAE)**, São Paulo v. 10, n. 1, p. 4-28, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3312/331227118002.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

SILVA, R.N. da. [Perímetro urbano do município de Arapiraca-AL, Brasil, baseado no mapa da malha urbana]. In: GOMES, M.A. A. et al. Caracterização e análise dos espaços públicos da cidade de Arapiraca-Al-Brasil. **Ateliê Geográfico**, v.6, n.4, p. 137-157, dez. 2012.

SILVA, J. M.; SILVEIRA, E. S. **Apresentação de trabalhos acadêmicos: normas técnicas**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

SILVA, K. L.; MEDEIROS, C. S. Fatores intervenientes na implantação da estratégia saúde da família nos municípios brasileiros. **Revista da APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 378-389, jul./set. 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2506/901>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SILVA, L. A. A. et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 765-781, set./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0765.pdf>> .Aceso em: 15 out. 2017.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e5877, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170158779.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SILVA, L. M. S. et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p.117-125, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500010>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SILVA, M. A. S.; PIMENTA, C. A. M. C.; CRUZ, D. A. L. M. Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 84-92, fev. 2013.

SILVA, R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros.

Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 721-734, 2008. Disponível em:> <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a04v1227.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SOUSA, A. T. O. et al. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 713-722, jul./ago. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0713.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

TAMAYO, N.; ABBAD, G. S. Autoconceito profissional e suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rac/v10n3/a02v10n3.pdf>> Acesso em: 27dez. 2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TRONCHIN, D. M. R. et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1210-1215, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a11v43s2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia Saúde Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

VARGAS, M. R. M.; ABBAD, G. S. Bases conceituais em treinamento, desenvolvimento e educação. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 137-138.

VIANA, D. M. A. et al. Educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470>>. Acesso em: 15 out. 2016.

YOTAMO,C.J. **Avaliação de impacto de treinamento no desempenho de Servidores públicos de Sofala em Moçambique.**(Mestrado em Administração)- Universidade de Brasília DF,2014.Disponível em:<http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/15598>>Acesso em: 2 jan. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabela 1

Tabela 1 - Dados sociodemográficos (n=152) dos profissionais de Enfermagem entrevistados nas ESF dos municípios de Maceió e Arapiraca, Alagoas. Maceió- AL, 2015.

Variáveis	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem		Total	
	f(n)	(%)	f(n)	(%)	f(n)	(%)	f(n)	(%)
Sexo								
Feminino	62	95,4	49	87,5	28	90,3	139	91,4
Masculino	3	4,6	7	12,5	3	9,7	13	8,6
Estado Civil								
Casado	47	72,3	28	50,0	15	48,4	90	59,2
Solteiro	16	24,6	19	33,9	11	35,5	46	30,3
Divorciado	2	3,1	7	12,5	4	12,9	13	8,6
Viúvo	0	0,0	2	3,6	1	3,2	3	2,0
Vínculos empregatícios								
Privado	3	4,6	1	1,8	0	0,0	4	2,6
Público e Privado	1	1,5	5	8,9	0	0,0	6	3,9
Público	61	93,8	50	89,3	31	100,0	142	93,4

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

APÊNDICE B - Tabela 2

Tabela 2 – Instâncias governamentais promotoras das atividades de EPS, segundo os profissionais de Enfermagem entrevistados nas ESF dos municípios de Maceió e Arapiraca, Alagoas. Maceió- AL, 2015.

Instâncias Governamentais	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem		Total	
	f(n)	(%)	f(n)	(%)	f(n)	(%)	f(n)	(%)
Secretaria Municipal	44	67,7	37	66,1	21	67,7	102	67,1
Secretaria Municipal, Secretaria Estadual	9	13,8	2	3,6	3	9,7	14	9,2
Secretaria Municipal, Ministério da Saúde	3	4,6	6	10,7	1	3,2	10	6,6
Não lembra	2	3,1	4	7,1	2	6,5	8	5,3
Unidade de Saúde, Secretaria Municipal, Ministério da Saúde	3	4,6	1	1,8	2	6,5	6	3,9
Unidade de Saúde, Secretaria Municipal	1	1,5	3	5,4	1	3,2	5	3,3
Unidade de Saúde	0	0,0	3	5,4	1	3,2	4	2,6
Secretaria Estadual	2	3,1	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Unidade de Saúde, Secretaria Municipal, Secretaria Estadual, Ministério da Saúde	1	1,5	0	0,0	0	0,0	1	0,7

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

APÊNDICE C – Tabela 3

Tabela 3 - Carga horária e tipos de atividades de EPS ofertadas pelas instâncias governamentais, segundo os profissionais de Enfermagem entrevistados nas ESF dos municípios de Maceió e Arapiraca, Alagoas. Maceió- Al, 2015.

Atividades de EPS realizadas pelos profissionais da ESF	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem		Total	
	f (n)	%	f (n)	%	f (n)	%	f (n)	%
Carga horária das atividades								
Até 10h	44	67,7	35	62,5	20	64,5	99	65,1
Até 20h	8	12,3	7	12,5	4	12,9	19	12,5
Até 30h	3	4,6	1	1,8	2	6,5	6	3,9
Até 40h	7	10,8	9	16,1	4	12,9	20	13,2
Maior que 40h	3	4,6	4	7,1	1	3,2	8	5,3
Tipos de atividades								
Oficina(s)	0	0,0	1	1,8	4	13	5	3,3
Palestra(s)	18	27,7	22	39,3	11	35	51	33,6
Minicurso(s)	5	7,7	7	12,5	3	10	15	9,9
Oficina(s) e Palestra(s)	17	26,2	2	3,6	1	3	20	13,2
Minicurso(s) e Palestra(s)	6	9,2	10	17,9	2	6	18	11,8
Minicurso(s) e Oficina(s)	2	3,1	0	0,0	1	3	3	2,0
Minicurso(s), oficina(s) e Palestra	17	26,2	10	17,9	9	29	36	23,7
Não se Aplica	0	0,0	4	7,1	0	0,0	4	2,6

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

APÊNDICE D-Tabela 4

Tabela 4 - Conteúdos abordados nas atividades de EPS, segundo os profissionais de Enfermagem entrevistados nas ESF dos municípios de Maceió e Arapiraca, Alagoas. Maceió- AL, 2015.

Conteúdo das atividades	Enfermeiro		Técnico em Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem				Total					
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Atividades realizadas contribuíram para sua atuação nesta USF/equipe	53	82	12	19	44	79	12	21	30	97	1	3	127	83,5	25	16
Necessidade de atividades em algum tema/conteúdo	60	92	5	8	43	77	13	23	28	90	3	10	131	86	21	14
Atividades realizadas como tema à assistência/cuidado em saúde	38	59	27	42	27	48	29	52	12	39	19	61	77	51	75	49
Conteúdos foram trabalhados com ênfase no sujeito, na doença, na família e na comunidade de forma a aumentar a autonomia das pessoas e da comunidade	38	59	27	42	28	50	28	50	8	26	23	74	74	49	78	51
As atividades realizadas como tema Gestão ou Gerência	11	17	54	83	5	9	51	91	4	13	27	87	20	13	132	87
Atividades realizadas como tema a preparação para trabalhar com estudantes	5	8	60	92	10	18	46	82	21	68	10	32	36	24	116	76
Atividades como tema Controle Social e Direito a Saúde	18	28	47	72	16	29	40	71	5	16	26	84	39	26	113	74

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

ANEXOS

ANEXO A - Ficha do Ministério da Saúde/Sistema de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica sobre as equipes de Maceió.

05/03/2017 DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e Implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
Unidade Geográfica: Município - MACEIÓ/AL.
Competência: Janeiro de 2016 a Julho de 2016

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal	
			Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I Credenciadas pelo Ministério da Saúde
2016	01	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42
2016	02	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42
2016	03	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42
2016	04	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42
2016	05	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42
2016	06	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42
2016	07	953.393	86	86	86	296.700	31,12	42

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
 Obs: A **Nota Técnica** contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

ANEXO B - Ficha do Ministério da Saúde/Sistema de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica sobre as equipes de Maceió.

05/03/2017

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
 Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
 Unidade Geográfica: Município - ARAPIRACA/AL
 Competência: Janeiro de 2016 a Julho de 2016

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal Modalidade I	
			Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Credenciadas pelo Ministério da Saúde
2016	01	218.140	58	60	58	200.100	91,73	43
2016	02	218.140	58	60	58	200.100	91,73	43
2016	03	218.140	58	61	58	200.100	91,73	43
2016	04	218.140	58	61	58	200.100	91,73	43
2016	05	218.140	58	61	58	200.100	91,73	43
2016	06	218.140	59	61	59	203.550	93,31	43
2016	07	218.140	59	61	58	200.100	91,73	43

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

ANEXO C - Relação dos auxiliares de Enfermagem atuantes na ESF de Maceió

AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA ESF (atualizada em 03/01/2017)
181 AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM EQUIPES

UNIDADE DE SAÚDE	EQUIPE
Reginaldo	01
Reginaldo	01
Reginaldo	02
Reginaldo	02
Jardim São Francisco	03
Jardim São Francisco	03
Jardim São Francisco	03
Tarcísio Palmeira	04
Tarcísio Palmeira	04
Tarcísio Palmeira	04
Canaã	05
Canaã	05
Canaã	06
Canaã	06
São Vicente de Paula	07
São Vicente de Paula	07
João Sampaio	08
João Sampaio	08
João Sampaio	09
João Sampaio	09
São Jorge	10

São Jorge	10
São Jorge	11
São Jorge	11
Paulo Leal	12
Paulo Leal	12
São Francisco de Paula	13
São Francisco de Paula	13
UDA José Lajes Filho - UNIT	14
UDA José Lajes Filho - UNIT	14
UDA José Lajes Filho - UNIT	14
Riacho Duce	15
Riacho Duce	15
David Nasser	16
David Nasser	16
Pescaria	17
Pescaria	17
Galba Novaes	18
Galba Novaes	18
Galba Novaes	19
Galba Novaes	19
Rosane Collor	20
Rosane Collor	20
Claudio Medeiros	21
Claudio Medeiros	21

Cláudio Medeiros	22
Cláudio Medeiros	22
Calc Benedito Bentes	23
Calc Benedito Bentes	23
Calc Benedito Bentes	24
Calc Benedito Bentes	24
Village II	25
Village II	25
Calc Virgem dos Pobres	26
Calc Virgem dos Pobres	26
Frei Damilão	27
Frei Damilão	27
Calc Virgem dos Pobres	28
Calc Virgem dos Pobres	28
Calc Virgem dos Pobres	28
São Vicente de Paula	29
São Vicente de Paula	29
São Vicente de Paula	30
São Vicente de Paula	30
Pitanginha	31
Pitanginha	31
Carla Nogueira	32
Carla Nogueira	32

Novo Mundo	33
Novo Mundo	33
Ouro Preto	34
Ouro Preto	34
Ouro Preto	35
Ouro Preto	35
São Francisco de Paula	36
São Francisco de Paula	36
Riacho Doce	37
Riacho Doce	37
Guaxuma	38
Guaxuma	38
David Nassor	39
David Nassor	39
Galha Novaes	40
Galha Novaes	40
Rosane Collor	41
Rosane Collor	41
Edvaldo Silva	42
Edvaldo Silva	42
Edvaldo Silva	43
Edvaldo Silva	43
Carla Nogueira	44
Carla Nogueira	44

Fiel Damião	45
Frei Damião	45
Village II	46
Village II	46
Graciliano Ramos	47
Graciliano Ramos	47
Dennisson Menezes	48
Dennisson Menezes	48
Dennisson Menezes	49
Dennisson Menezes	49
Dennisson Menezes	50
Canal	50
Canal	51
Jardim São Francisco	51
Jardim São Francisco	52
Dennisson Menezes	52
Dennisson Menezes	53
Novo Mundo	53
Novo Mundo	54
Graciliano Ramos	54
Graciliano Ramos	55
Graciliano Ramos	55
Graciliano Ramos	55

ANEXO D - Divisão das unidades básicas de Arapiraca por distrito

ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA-AL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO DAS UBS DE ARAPIRACA/AL POR DISTRITOS

DISTRITO 1	Nº de Enfermeiros	Nº de Auxiliares/ técnicos de enfermagem	DISTRITO 2	Nº de Enfermeiros	Nº de Auxiliares/ técnicos de enfermagem	DISTRITO 3	Nº de Enfermeiros	Nº de Auxiliares/ técnicos de enfermagem
Primavera	3	4	Cacimbas	3	3	Daniel Hooby	2	3
1º Centro	2	3	Marcos Telles	2	3	Teotônio Vilela	1	2
Boa Vista	2	4	Baixão	2	3	4º Centro	4	4
Canafitula	3	3	Edler Lins	2	3	3º Centro	3	4
Brisa do Lago	2	2	Cavaco	1	2	Aman de Melo	1	4
Baixa da Onça	1	2	Jardim das Palmeiras	1	2	Colub Nova	3	4
Pau D'arco	1	3	2º Centro	2	3	Bom Sucesso	3	3
Batingas	2	4	5º Centro	2	5	Poço	1	2
Bonancistras	1	2	Canal	2	2	Vila Aparecida	1	2
Lamejal	1	2	Capim	1	2	Carrasco	1	2
Verdes Campos	2	2	Vila São Francisco	1	2	Vila São José	1	2
Riacho Seco	1	2	Fernandis	1	2	Bom Jardim	1	1
Canganda	1	2	Pau Ferro	1	1	Pé Leve	1	1
João Paulo II	1	2	Nilo Coelho	1	2	Nossa Sª Aparecida	1	1
TOTAL	15	23	37	12	21	35	12	35

Total de Enfermeiros: 67
Total de Auxiliares / Técnicos de Enfermagem: 107

Centro Administrativo - Rua Semar Itiana 1185 - Santa Edwiges
CEP 57310-245 - Fone: (02) 3521-4632 - OMP 12 198 193/0000-10
E-mail: atendimento@arapiraca.al.gov.br ou arf@mail: maed@arapiraca.al.gov.br

ANEXO E - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL comiteeeticafal@gmail.com - Tel: 3214-1041</p>	
CARTA DE APROVAÇÃO		
Maceió-AL, 24/07/2016		
<p>Senhor(a) Pesquisador(a), Célia Alves Rozendo Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho Patrícia de Carvalho Nagiate</p>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 28/08/2014 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº 33526214.2.0000.5013, sob o título AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS, comunicar a APROVAÇÃO do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.</p>		
<p>O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).</p>		
<p>É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.</p>		
<p>Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).</p>		
<p>Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.</p>		
<p>Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.</p>		
<p>Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.</p>		
<p>(*) Áreas temáticas especiais</p>		
<p>Válido até: AGOSTO de 2017.</p>	 Deise Juliana Francisco Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -UFAL	

ANEXO F - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"O respeito devido à dignidade humana exige que todo pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, individuais ou grupais que por si ou por seus representantes legais manifestem a sua ausência de participação na pesquisa".

Eu, _____, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS", recebi da Prof. Dr. Célia Alves Rosendo, Prof. Dr. Patrícia de Carvalho Nagliato e do Prof. Dr. Jorge Anur Pecanha de Miranda Coelho, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender, sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a - Avaliar as ações e o desenvolvimento de EPS realizadas no Estado de Alagoas.
- 2) Que a importância deste estudo é: Para o Ministério da Saúde, há a necessidade de se promover a avaliação e a reflexão crítica sobre as iniciativas de formação e experiências desenvolvidas, já que são importantes para estimular a ampliação de possibilidades de inovação de ações desenvolvidas para o desenvolvimento e formação em saúde.
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar: a avaliação das ações sobre o desenvolvimento de EPS realizadas no Estado de Alagoas.
- 4) Que este estudo começará em Agosto/2014 e terminará em Dezembro/2015.
- 5) O estudo será feito mediante duas escalas (Escala de crenças sobre sistemas de TD&E - ECST e a Escala de Suporte à Transferência de Tratamento - EST) e um questionário demográfico, contendo dados como idade, sexo, estado civil, religião, entre outros.
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: incômodo devido à ocupação do tempo para responder a entrevista e desconforto com alguma pergunta que conste no instrumento de coleta de dados, que traga lembranças/sentimentos referentes à minha vida.
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: será explicado claramente o objetivo da pesquisa e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que venha a surgir. Os sujeitos do estudo poderão desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo para os mesmos. Além disso, qualquer necessidade que os sujeitos demonstrarem, através de cansaço ou falta de condições para continuarem a coleta, a mesma será interrompida e será retomada a critério do sujeito. Em todos os momentos será considerada a vontade dos participantes, sempre assegurando sua espontaneidade, sua autonomia e sua liberdade de expressar-se.
- 8) Que poderei contar com a assistência: informações atualizadas sobre o estudo, sendo responsável por ela: Célia Alves Rosendo residente Av. Lourival de Melo de Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins.

CAD

9. Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são: contribuir cientificamente para a avaliação das ações e o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde no estado de Alagoas; além de promover maior visibilidade e reflexão crítica acerca dessa temática que necessita de ações de inovações para o cuidado em saúde.
10. Que sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
11. Que a qualquer momento eu poderei recusar e continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
12. Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
13. Que a minha participação nesse estudo não trará nenhuma despesa a, desta forma, eu não terei que ser ressarcido. Que eu deverei ser indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela minha participação, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos;

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 dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante voluntário(a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco/Nº/Complemento:

Bairro/CEP/Cidade/Telefons:

Ponto de referência:

Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Nome: Célia Alves Rosendo

Endereço: Av. Lourival de Melo de Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins

CEP: 57072-970

E-mail: celia.rosendo@gmail.com

Telefone/contato: (82) 8613-1315

Nome: Patrícia Carvalho Nagiate

Endereço: Av. Lourival de Melo de Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins

CEP: 57072-970

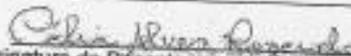
(Handwritten signatures and initials)

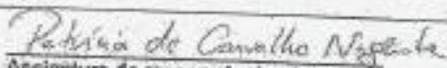
E-mail:
Telefone p/contato: (82)

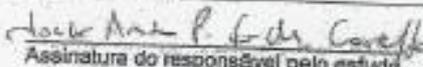
Nome: **Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho**
Endereço: Av. Lourival de Melo de Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins
CEP: 57072-970
E-mail:
Telefone p/contato: (82)

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

Maceió, 27 de junho de 2014.


Assinatura do Docente responsável pelo estudo
(rubricar as demais folhas)


Assinatura do responsável pelo estudo
(rubricar as demais folhas)


Assinatura do responsável pelo estudo
(rubricar as demais folhas)

Assinatura do Voluntário (a)
(rubricar as demais folhas)

ANEXO G – Questionário contendo a caracterização dos participantes e das EST**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA (EENFAR)**

Título da pesquisa: Avaliação das Atividades de Educação Permanente em Saúde no Estado de Alagoas

Objetivo da pesquisa: Avaliar as ações e o desenvolvimento da EPS realizadas no estado de Alagoas

Procedimentos adotados na pesquisa: Serão aplicados questionários individuais. O tempo médio da resposta é de 20 minutos.

Coordenadora da pesquisa: Dra. Célia Alves Rozendo(UFAL)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A partir do presente documento, declaro ter conhecimento dos objetivos da pesquisa, que me foram apresentados pelo responsável pela aplicação do questionário

Estou informado(a) de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, terei total liberdade para questionar ou mesmo me recusar a continuar participando da investigação.

Meu consentimento está condicionado aos seguintes critérios

1. Não serei obrigado(a) a realizar nenhuma atividade em que não me sinta disposto(a) e capaz;
2. Não participarei de qualquer atividade que possa vir a trazer qualquer prejuízo;
3. O meu nome e dos demais participantes da pesquisa não serão divulgados;
4. Todas as informações individuais terão caráter estritamente confidencial;
5. Os pesquisadores estão obrigados a me fornecer quando solicitados, as informações coletadas;

6. Posso, a qualquer momento, solicitar que os meus dados sejam exclusivos da pesquisa;
7. A pesquisa será suspensa imediatamente caso venha a gerar conflitos ou qualquer mal-estar dentro do local onde ocorre.

Ao concordar com este termo, passo a concordar com a utilização das informações para os fins a que se destina, salvaguardando as diretrizes das resoluções 196/96 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde, desde que sejam respeitados os critérios acima enumerados

Contatos da pesquisadora responsável pela pesquisa

E-mail:educação.sus@gmail.com

Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR)

Universidade Federal de Alagoas(UFAL)

Av. Lourival Melo Mota, S/n, Tabuleiro dos Martins –Maceió- AL,
CEP 57072-900

Concordo em fazer parte desta pesquisa, sem que para isso tenha sido obrigado a dar meu consentimento

() Sim

() Não

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO*obrigatório

Sexo:*

Idade:*

Qual o estado civil?*

[caso se aplique]Quantos filhos?

Avaliação Profissional*obrigatório

Qual a graduação Principal*

Tem outra graduação?*

Sim

Não

[Caso se aplique] Qual a outra graduação que possui?

Possui Especialização ou Pós-Graduação?*

Sim

Não

[Caso se aplique] Qual a outra graduação que possui?

Possui Especialização ou Pós-Graduação

Sim

Não

[Caso se aplique] em que?

Qual a cidade em que reside?*

Qual cargo (s) que ocupa?*

Auxiliar de Enfermagem

Técnico em enfermagem

Enfermeiro

Há quanto tempo ocupa esse cargo? (ANOS)*

Qual o ano em que concluiu a sua graduação principal?*

Os outros vínculos são:

Públicos

Privados

Públicos e Privado

Quais os Vínculos [locais de trabalho]:

Número de Vínculos empregatícios:

Esse (s) vínculo(s) oferece(m) capacitação?

Sim

Não

Locais dos Vínculos Empregatícios (Cidade/Estado)

USF de trabalho*

Com relação ao vínculo NESTA USF: Tem participado de capacitações ofertadas pela Unidade/Secretaria Municipal/Estadual/Ministério da Saúde?*

- Sim
 Não

Quemoferta essas capacitações:

- Unidade de Saúde
 Secretaria Municipal
 Secretaria Estadual
 Ministério da Saúde
 Não lembra

Qual a carga horáriamédia dessas capacitações

- até 10h
 até 20 h
 até 30h
 até 40h
 maior que 40 h

Qual o tipo de capacitação

- Minicurso (s)
 Oficina (s)
 Palestra (s)
 opção
 Outro

Essas capacitações tem participação de outros profissionais além de enfermeiro

- Sim
 Não

Se sim: QuaisProfissionais participam?*

Qual(is) o(s) Tema(s)/ conteúdos da(s) capacitação(s) realizada(s)?*

Dentre as capacitações realizadas você considera que alguma contribuiu para sua atuação nesta USF/equipe?Qual?*

AValiação DOS EIXOS*Obrigatório

Em escala de 0 a 10 como você avalia as capacitações?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Em escala de 0 a 10 como você avalia as metodologias utilizadas nessas capacitações?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sente necessidade de capacitação em algum tema/conteúdo?Qual(is)?*
O que facilitou sua participação nas capacitações?*

Quais as Barreiras(Dificuldades) encontradas para realizações?*

Dentre as capacitações realizadas alguma teve como tema controle social e direito a saúde? Quais conteúdos abordados?*

Esses conteúdos foram trabalhados com ênfase no sujeito, na doença, na família e na comunidade de forma a aumentar a autonomia das pessoas e da comunidade?

Dentre as capacitações realizadas alguma teve como tema gestão ou gerência? Quais conteúdos abordados?*

O Sr. (a) recebeu capacitações para receber estudantes nessa unidade?

Dentre as capacitações realizadas alguma teve como tema Controle social e direito a saúde? Qual conteúdos abordado?

ESCALA DE CRENÇAS SOBRE O SISTEMA DE TD& E – ECST

Instruções: Pense em suas experiências com treinamento, ao longo da sua vida profissional no presente trabalho. Avalie o quanto você acredita no conteúdo das frases descritas abaixo e responda de acordo com a escala de 0 a 10:(Não acredito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Acredito totalmente)

1. A participação em capacitações gera mais vantagens que desvantagens para as pessoas.
2. Participar de capacitações propicia o aperfeiçoamento do desempenho das pessoas.
3. A participação em capacitações é fundamental para o crescimento na carreira.
4. Quanto mais diversificadas as oportunidades de capacitação (a distância, em sala de aula, no local de trabalho) melhor é atendida a necessidade de capacitação da unidade de saúde.
5. Participam de capacitações os funcionários que realmente precisam.
6. As secretarias são capazes de identificar as reais necessidades de qualificação dos funcionários.
7. Capacitações podem melhorar os processos de trabalho da unidade de saúde.
8. As capacitações contribuem para a autorrealização das pessoas.
9. As capacitações estão alinhadas à estratégia organizacional da unidade de saúde.
10. Na indicação para capacitação, considera-se mais a necessidade de aprender do que os relacionamentos interpessoais.
11. As capacitações contribuem para o melhor funcionamento das equipes de trabalho na unidade de saúde.
12. As secretarias vêm tornando os treinamentos, cada vez, mais aplicáveis à realidade de trabalho.
13. A aplicação no trabalho dos conteúdos aprendidos na capacitação torna os resultados melhores.
14. O trabalho das pessoas se torna mais fácil de ser realizado depois da participação em capacitações.
15. Treinamentos contribuem para a concretização dos objetivos da unidade de saúde.

16. Os gestores são capazes de identificar adequadamente as necessidades de capacitação de seus funcionários.
17. As pessoas aprendem os conteúdos abordados nas capacitações.
18. As pessoas utilizam no trabalho o que aprenderam nas capacitações.
19. As pessoas do meu local de trabalho têm informações suficientes sobre as capacitações realizadas.
20. É fácil aplicar novas aprendizagens no meu local de trabalho.
21. As pessoas se sentem à vontade quando estão participando de capacitações.
22. As trocas de experiências em sala de aula facilitam o processo de aprendizagem.
23. É fácil para as pessoas escolherem as capacitações mais apropriadas às suas necessidades.
24. No meu local de trabalho, as pessoas participam de capacitações mais pela necessidade de desenvolver novas habilidades do que por premiação.
25. Os conteúdos abordados em capacitações podem ser aplicados no trabalho.
26. Os participantes levam realmente a sério as atividades de capacitação.
27. Os valores essenciais do Programa Saúde da Família são fortalecidos pelas capacitações.
28. Os instrutores (facilitadores) demonstram competência em suas atuações.
29. As capacitações auxiliam na criação de um clima organizacional mais favorável.
30. As capacitações modificam a forma como as pessoas desenvolvem suas atividades.
31. Quando se trata de capacitação, parece haver mais interesse das secretarias em motivar as pessoas para novas aprendizagens do que economizar dinheiro.
32. As capacitações contribuem para a criação de novos valores.
33. Os instrutores (facilitadores) são capacitados adequadamente para a função que exercem.

ESCALA DE SUPORTE Á TRANSFERÊNCIA DE TREINAMENTO (EST) INSTRUÇÕES

Leia atentamente o conteúdo das afirmações abaixo e avalie o quanto cada um descreve o que você pensa a respeito do apoio que vem recebendo para usar no seu trabalho o que aprendeu no treinamento. Para responder a cada questão, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua situação.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre

1. Tenho tido oportunidade de usar no meu trabalho as habilidades que aprendi.
2. Falta-me tempo para aplicar no trabalho o que aprendi na capacitação.
3. Os objetivos de trabalho estabelecidos pelo meu superior imediato me encorajam a aplicar o que aprendi na capacitação.
4. Os prazos de entrega de trabalho (metas) inviabilizam o uso das habilidades que eu aprendi na capacitação.
5. Tenho tido oportunidades de praticar habilidades importantes (recém-adquiridas na capacitação), mas, comumente, pouco usadas no trabalho.
6. Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri na capacitação são identificados e removidos pelo meu superior imediato.
7. Tenho sido encorajado pelos meus superiores imediato a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi na capacitação.
8. Meu superior imediato tem criado oportunidades para planejar comigo o uso de novas habilidades.
9. Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.
10. Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões em relação ao que foi ensinado na capacitação são levadas em consideração.
11. Meus colegas mais experientes apoiam as tentativas que faço de usar no meu trabalho.
12. Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi na capacitação.
13. Minha unidade de saúde ressalta mais os aspectos negativos (Ex. lentidão, dúvidas) do que os positivos em relação ao uso.

14. Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades.
15. Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo.
16. Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri na capacitação.
17. Minha unidade de saúde tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliários e similares).
18. Os móveis materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na capacitação.
19. Os equipamentos, máquinas e/ou materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.
20. As ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.
21. O local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri na capacitação.
22. Minha organização tem fornecido o suporte financeiro extra (ex: chamadas telefônicas de longa distância, viagem ou similares) necessário ao uso das novas habilidades aprendidas na capacitação.