



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – RENASF URCA**



Leilane Andrade Albuquerque Alencar

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

**Crato/CE
2019**

Leilane Andrade Albuquerque Alencar

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção de grau de Mestre através do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da nucleadora Universidade Regional do Cariri-URCA.

Orientador (a): Profa. Dra. Estelita Lima Cândido
Coorientador (a): Profa. Dra. Maria Rosilene Cândido
Moreira

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de pesquisa: Educação na Saúde

Crato-CE

2019

Catálogo na fonte
Cícero Antônio Gomes Silva – CRB-3 n° /1385

A368d

Alencar, Leilane Andrade Albuquerque.

Desenvolvimento de Competência para Promoção da Saúde em Cursos de Pós-Graduação em Saúde./ Leilane Andrade Albuquerque Alencar – Crato-Ce, 2019, 139 f.: il.;30cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Universidade Regional do Cariri– URCA / Mestrado Profissional em Saúde da Família

Orientadora: Prof^a.Dra. Estelita Lima Cândido

Coorientadora: Prof^a.Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira

1. Competência profissional . 2. Promoção da saúde 3. Educação permanente I. Título

CDD:600

LEILANE ANDRADE ALBUQUERQUE ALENCAR

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada à Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA) para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: _____ de _____ de _____, Crato-CE.

BANCA EXAMINADORA

Estelita Lima Cândido

Dra. Estelita Lima Cândido
(Orientadora)

Maria Rosilene Cândido Moreira

Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira
(Coorientadora)

José Ferreira Lima Júnior

Dr. José Ferreira Lima Júnior
(Membro)

Milena Silva Costa

Dra. Milena Silva Costa
(Membro)

Evanira Rodrigues Maia

Dra. Evanira Rodrigues Maia
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir viver esse sonho de aperfeiçoamento profissional através do mestrado. “Eu posso fazer tudo através Dele que me dá força.” (Filipenses 4:13). Deus é bom o tempo todo e tem feito maravilhas em minha vida. À Ele toda honra e toda Glória! Agradeço-te, meu Senhor!

Agradeço às minhas orientadoras, Dra. Estelita e Dra. Maria Rosilene, por toda atenção e contribuição para o estudo, sobretudo por terem me acolhido e encorajado a superar meus limites e minhas dificuldades. Vocês são exemplos a serem seguidos. Obrigada por tudo!

Agradeço à banca examinadora, pelo aceite em contribuir com o estudo e pelas riquíssimas orientações.

Agradeço aos meus pais, Noeme e Antônio, incentivadores e apoiadores de minhas escolhas na vida. Obrigada pelo estímulo aos estudos desde cedo, demonstrando que o conhecimento é a nossa maior riqueza.

Agradeço ao meu esposo, Felype, pela compreensão sobre as noites em claro estudando, as crises de estresse e ansiedade e pelo apoio para não desistir com as dificuldades.

Agradeço à minha irmã, Viviane, pelo acolhimento em sua residência para que eu pudesse assistir às aulas e pelas palavras de incentivo e motivação.

Agradeço aos meus colegas do mestrado pela colaboração com a pesquisa, pelos dias intensos que tivemos juntos, compartilhando saberes, experiências e sorrisos, especialmente aos amigos: Jayane, Gercileide, Vanessa, Wagner e Samuel. Nossos almoços foram memoráveis e a amizade prevalecerá!

Agradeço ainda aos meus familiares, sogros, cunhada e amigos pelas palavras de incentivo e pelos momentos de descontração.

Esse foi um ano cheio de mudanças, conquistas e alegrias. E vocês fizeram e fazem parte dessa história. Meu coração só tem gratidão!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Competência é a associação de conhecimentos, habilidades e atitudes para orientar uma prática profissional eficiente e eficaz. No âmbito da Promoção da Saúde, surgiu o Projeto Pan-europeu “Competências Principais em Promoção da Saúde – CompHP” que propõe as competências em promoção da saúde para nortear e fortalecer as ações em promoção da saúde. **OBJETIVO:** Analisar o desenvolvimento de competências em promoção da saúde em formandos de cursos de pós-graduação em saúde. **MÉTODO:** Estudo de natureza mista, analítico e descritivo, orientado pelo CompHP como referencial teórico metodológico. Os cursos participantes foram a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri. Todos os formandos aceitaram participar desse estudo, totalizando 34 participantes. Na coleta de dados foram solicitados aos cursos os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) para análise documental. Utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) com o estímulo “competência em promoção da saúde” e, posteriormente, um questionário validado aplicado aos formandos através do *Google Forms*. A análise documental ocorreu por meio da Análise de Conteúdo Temática. Os dados qualitativos provenientes da TALP foram processados pelo *software* IRAMUTEQ e realizada análise prototípica e de similitude. Os dados quantitativos foram processados no Epi Info 7 e BioEstat e utilizou-se o Teste G e o Teste Exato de Fisher com nível de significância de 5%. O estudo apresenta Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA de número 2.005.435. **RESULTADOS:** O perfil dos cursos é multiprofissional com predominância do sexo feminino, sendo os residentes mais jovens do que os mestrandos ($p=0,0001$) e a renda mensal dos mestrandos significativamente maior ($p=0,011$). Predominou o estado civil casado ou em união estável para os mestrandos e solteiro para os residentes ($p=0,010$). O universo semântico dos formandos sobre “competência em promoção da saúde” constituiu, no geral, na associação de “conhecimento” e “habilidade” por meio de “capacitação” para o aperfeiçoamento da “técnica” e da “avaliação” das ações em promoção da saúde, sendo “habilidade” o termo mais citado por ambos os cursos. Considerando o CompHP, os onze domínios de competências em promoção da saúde foram identificados nos documentos oficiais dos cursos. A maioria dos formandos reconheceu a contribuição dos cursos de pós-graduação para o desenvolvimento

dessas competências com ênfase para o domínio “Valores éticos”, “Conhecimento”, “Possibilidade de Mudanças”, “Parceria”, “Comunicação”, “Diagnóstico”, “Planejamento”, “Implementação” e “Avaliação e Pesquisa”. Apenas os domínios “Advocacia em Saúde” e “Liderança” apresentaram um resultado inferior aos demais para ambos os cursos. Individualmente, os domínios “Implementação” e “Avaliação em Pesquisa” demonstraram menor expressividade quando comparados aos outros no mestrado e na residência, respectivamente. Não houve diferença estatística entre os cursos, porém os achados documentais coadunaram com as respostas dos formandos ao questionário sobre o desenvolvimento de competências em promoção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os cursos de pós-graduação em saúde desse estudo contribuíram para o desenvolvimento de competências em promoção da saúde, buscando além da formação profissional, a transformação das práticas, fortalecendo a promoção da saúde nos serviços de saúde.

Descritores: Competência profissional. Promoção da Saúde. Educação de Pós-graduação. Educação Permanente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Competence is the association of knowledge, skills and attitudes to guide an efficient and effective professional practice. In the context of Health Promotion, emerged the Pan-European Project “Core Competencies in Health Promotion - CompHP” which proposes competencies in health promotion to guide and strengthen actions in health promotion. **OBJECTIVE:** To analyze the development of competencies in health promotion in postgraduate students of health courses. **METHOD:** This is a mixed nature study, analytical and descriptive, guided by CompHP as a methodological theoretical framework. The participating courses were the Multiprofessional Residency in Collective Health and the Professional Master’s degree in Family Health at the Regional University of Cariri. All students agreed to participate in this study, totaling 34 participants. In the data collection, the Pedagogical Course Projects (PCP) were requested to the courses for document analysis. The Free Word Association Technique (FWAT) was used with the stimulus “competence in health promotion” and, subsequently, a validated questionnaire applied to the students through Google Forms. The documentary analysis took place through the Thematic Content Analysis. The qualitative data from FWAT were processed by the IRAMUTEQ software and prototypic and similarity analyzes were performed. Quantitative data were processed in Epi Info 7 and BioEstat and the G-Test and Fisher's Exact Test with significance level of 5% were used. The study presents Opinion of the Research Ethics Committee of the Regional University of Cariri, number 2.005.435. **RESULTS:** The profile of the courses is multiprofessional with a predominance of females, with younger residents than master's students ($p = 0.0001$) and significantly higher monthly income of master's students ($p = 0.011$). The marital status married or stable union was predominant for master's students and single for residents ($p = 0.010$). The trainee's semantic universe of “competence in health promotion” was, in general, the association of “knowledge” and “skill” through “capacity building” to improve the “technique” and “evaluation” of actions in promotion of health, being “skill” the term most mentioned by both courses. Considering the CompHP, the eleven health promotion competency domains were identified in the official courses documents. Most trainees recognized the contribution of postgraduate courses to the development of these competencies with emphasis on the domain “Ethical Values”, “Knowledge”,

“Possibility of Change”, “Partnership”, “Communication”, “Diagnosis”, “Planning”, “Implementation” and “Evaluation and Research”. Only the fields “Advocacy in Health” and “Leadership” presented a lower result than the others for both courses. Individually, the domains “Implementation” and “Evaluation in Research” showed less expressiveness when compared to the others in the Master's degree and residency, respectively. There was no statistical difference between the courses. The documentary findings matched the students' answers to the questionnaire on the development of health promotion competencies. **FINAL CONSIDERATIONS:** The postgraduate health courses of this study contributed to the development of competences in health promotion, seeking beyond professional training, the transformation of practices, strengthening health promotion in health services.

Descriptors: Professional competence. Health Promotion. Graduate Education. Permanent Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Modelo de Competências Essenciais em Promoção da Saúde Proposto pelo CompHP. Crato-CE, Brasil. 2019.

FIGURA 2. Contribuição dos cursos da RMSC e do MPSF para o desenvolvimento ou aprimoramento de CPS pelos formandos. Crato-CE. 2019.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES DO ARTIGO CIENTÍFICO: UNIVERSOS SEMÂNTICOS SOBRE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRIBUÍDOS PELOS FORMANDOS

FIGURA 1 – Análise prototípica das evocações da TALP apresentadas no curso do mestrado. Crato-CE, Brasil. 2019.

FIGURA 2 – Análise prototípica das evocações da TALP apresentadas no curso da residência. Crato-CE, Brasil. 2019.

FIGURA 3 – Análise de similitude das evocações livres dos formandos do curso de mestrado e residência para o estímulo indutor “competência em promoção da saúde”. Crato-CE, Brasil. 2019.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Formação acadêmica dos participantes do estudo. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 2. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Valores éticos”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 3. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Conhecimento”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 4. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Possibilidade de Mudanças”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 5. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Advocacia em saúde”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 6. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Parceria”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 7. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Comunicação”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 8. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Liderança”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 9. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Diagnóstico”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 10. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Planejamento”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 11. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Implementação”. Crato-CE, Brasil. 2019.

Tabela 12. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Avaliação e Pesquisa”. Crato-CE, Brasil. 2019.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Domínio “Valores Éticos” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 2. Domínio “Conhecimento” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 3. Domínio “Possibilidade de Mudanças” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 4. Domínio “Advocacia em Saúde” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 5. Domínio “Parceria” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 6. Domínio “Comunicação” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 7. Domínio “Liderança” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 8. Domínio “Diagnóstico” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 9. Domínio “Planejamento” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 10. Domínio “Implementação” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

Quadro 11. Domínio “Avaliação e Pesquisa” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIUEPS - Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Pessoal em Educação para a Saúde e Promoção da Saúde

CPS - Competências de Promoção da Saúde

CompHP - Competências Principais em Promoção da Saúde. Projeto *“Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe”*.

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

IUHPE - *International Union for Health Promotion and Education*

MP - Mestrado Profissional

MPSF - Mestrado Profissional em Saúde da Família

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PPC - Projeto Pedagógico de Curso

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

RMSC - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

SUS - Sistema Único de Saúde

TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

URCA - Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 GERAL	23
2.2 ESPECÍFICOS	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	24
3.1.1 Cartas de Promoção da Saúde.....	24
3.1.2 A Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	27
3.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE: Desenvolvimento de competências com um enfoque na Promoção da Saúde	31
3.2.1 Cursos de pós-graduação na formação dos profissionais de saúde para a promoção da saúde.....	34
4 MÉTODO	38
4.1 TIPO DE ESTUDO	38
4.2 REFERENCIAL TEÓRICO	39
4.3 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO	42
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS	44
4.5.1 Coleta Documental.....	44
4.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)	45
4.5.3 Questionário	46
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	47
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 PERFIL DOS FORMANDOS DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	51
5.2 ARTIGO CIENTÍFICO: UNIVERSOS SEMÂNTICOS SOBRE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRIBUÍDOS PELOS FORMANDOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE	54
5.3 CONTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE	70
5.3.1 VALORES ÉTICOS	70
5.3.2 CONHECIMENTO	73
5.3.3 POSSIBILIDADE DE MUDANÇAS	76
5.3.4 ADVOCACIA EM SAÚDE	80
5.3.5 PARCERIA	84

5.3.6 COMUNICAÇÃO	89
5.3.7 LIDERANÇA	92
5.3.8 DIAGNÓSTICO	96
5.3.9 PLANEJAMENTO	99
5.3.10 IMPLEMENTAÇÃO	102
5.3.11 AVALIAÇÃO E PESQUISA	106
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	130
ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

Apesar do constante adoecimento da população direcionar os profissionais da saúde, normalmente, para a clínica da doença, destaca-se a importância do olhar holístico sobre o indivíduo, considerando a integralidade do cuidado e a visão ampliada de saúde.

No contexto histórico, muitos foram os avanços em direção à promoção da saúde, como a Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. Todavia, conforme cita Silva (2012), dois marcos essenciais para a sustentação da promoção da saúde a nível nacional e mundial aconteciam em 1986, sendo a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá, e a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Ambos tinham em comum o objetivo de enfatizar a saúde não somente como ausência de doença, trazendo a evolução conceitual da promoção da saúde para além da educação em saúde, e a sua importância para melhor qualidade de vida (SILVA, 2012).

No Brasil foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) já revisada e atualizada no ano de 2014, o que proporcionou a ratificação do compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (BRASIL, 2015).

Entretanto, é sabido que a saúde é constituída de diversos fatores determinantes e condicionantes, com singularidades para cada território, o que se torna um desafio para a efetividade da abordagem promotora da saúde. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como principal aliada, devendo resolver grande parte dos problemas de saúde da população e superar a dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modelo assistencial para o SUS, centrado na atenção primária e na promoção da saúde, assim como na mudança da ênfase individual para a coletiva, e da ação curativa e reabilitadora para a promotora da saúde.

Assim, a ESF é a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde atual e requer qualificação dos profissionais inseridos nesse contexto. No que tange à promoção da saúde nos serviços de saúde, é essencial que os profissionais

adquiram ou aperfeiçoem habilidades para utilização de tecnologias relacionais, podendo recorrer às metodologias ativas durante as ações, a fim de melhor aproveitamento das informações e participação comunitária no processo educativo, como também conhecimento nas áreas de planejamento, gestão e informação, pois as intervenções necessitam de uma visão intersetorial, com corresponsabilidades e desenvolvimento de um cuidado integral (ROCHA, 2015).

Deve-se investir na aprendizagem através da problematização e na relação teoria-prática, enfatizando as experiências cotidianas, para atender as necessidades do território (HORTALE et al., 2015). Isso poderá estimular o desenvolvimento de competências profissionais, preparando-os para o mercado de trabalho e para o cuidado de forma integral ao indivíduo.

Segundo Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011), competência é a combinação de conhecimento, habilidades e atitudes que se espera que os praticantes de promoção da saúde desenvolvam para assegurar ações efetivas e adequadas à realidade. Banov (2010) traz definições para as denominações de conhecimento, habilidades e atitude. Descreve que o conhecimento é como domínio da área de atuação da informação, possibilitando o entendimento de forma clara e correta. Já a habilidade é compreendida como a capacidade de saber fazer, da aplicação de uma técnica, de experiência. Por fim, a atitude pode ser percebida na capacidade de agir, de saber fazer, de aplicar decisões adequadas as exigências do momento.

O primeiro marco para as discussões sobre as competências profissionais em promoção da saúde se deu durante a Conferência de Galway, na Irlanda, em 2008. Essa Conferência tinha como objetivo incentivar um debate internacional, a fim de construir diretrizes para o desenvolvimento de competências essenciais em promoção da saúde, o que resultou no “Consenso de Galway” que apresenta oito domínios de competências em promoção da saúde, sendo eles: catalisar mudanças; liderança; avaliação das necessidades; planejamento; implementação; avaliação do impacto; defesa de direitos; e parcerias (BARRY et al., 2009).

Baseado nos princípios conceituais presentes no Consenso de Galway, um grupo europeu construiu um conjunto de competências essenciais para a Promoção da Saúde (PINHEIRO et al., 2015; DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011). A iniciativa foi da *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE) com início em 2009, através do projeto *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* (CompHP), que objetivou

desenvolver padrões para a prática de promoção da saúde com o intuito de fortalecer as ações de Promoção da Saúde e garantir sua efetividade, resultando na determinação de nove domínios de competências essenciais em Promoção da Saúde (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Em conjunto, os domínios em competências para a Promoção da Saúde do CompHP se constitui como um guia para orientação das práticas em saúde e são definidos em “Possibilidade de mudanças”; “Advocacia em saúde”; “Parceria”; “Comunicação”; “Liderança”; “Diagnóstico”; “Planejamento”; “Implementação”, “Avaliação e Pesquisa”, além de “Valores éticos” e “Conhecimento” que permeiam os demais domínios (PINHEIRO et al., 2015).

O desenvolvimento de competências apresenta-se como uma perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências do atual cenário de mudanças de práticas almejado pelo SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Apesar das diretrizes do CompHP terem sido criadas no contexto europeu, os processos formativos do Brasil podem se beneficiar muito com a proposta de competências que este documento traz (PINHEIRO et al., 2015). Ressalta-se que recentemente um estudo foi publicado definindo os mesmos domínios propostos pelo CompHP, porém com mudanças para adequação das competências em promoção da saúde para cada domínio, respeitando as especificidades do contexto brasileiro (MOREIRA; MACHADO, 2019). Devido à publicação recente dessa pesquisa no Brasil, para esse estudo, utilizaremos o CompHP.

Esse referencial mostra-se importante para nortear profissionais da saúde no desempenho das práticas voltadas a Promoção da Saúde, e, segundo Evangelista et al. (2016), pode referenciar a práxis no âmbito da APS, favorecendo a orientação de atuação com ênfase tanto para o fazer, quanto para o saber em saúde comunitária.

Cabe aos processos formativos incentivar o desenvolvimento de competências necessárias aos profissionais para garantir segurança e autonomia a estes, e conseqüentemente, melhores práticas na gestão do cuidado (RODRIGUES, 2016). É perceptível a importância da articulação adequada entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, sendo necessária a retificação da distância entre a formação dos profissionais de saúde e o que se preconiza pelo SUS, principalmente no que se refere à APS (HORTALE et al., 2015).

Frequentemente, surgem questionamentos sobre a formação de profissionais de saúde, em especial sobre àqueles currículos que não priorizam os conhecimentos provenientes do exercício da problematização, da reflexão e da análise da realidade, sendo que é importante que haja profissionais capacitados para intervir na promoção da saúde individual e coletiva, considerando os determinantes sociais (MACHADO et al., 2015).

Segundo Rodrigues (2016), os próprios trabalhadores inseridos no âmbito da APS reconhecem que os cursos de graduação não conseguem atender totalmente à realidade dos serviços de saúde, uma vez que possuem currículos fragmentados, compreendendo a importância de se buscar uma formação complementar que venha transformar ou aperfeiçoar a sua prática profissional.

Nesse cenário, vale refletir sobre a pós-graduação e sua colaboração na produção de conhecimentos para a qualificação profissional, bem como para a articulação de respostas às demandas colocadas pela sociedade, constituindo um papel primordial às universidades e aos pesquisadores envolvidos nesse processo (COSTA et al., 2014).

No âmbito da educação permanente pode haver a ampliação das intervenções educacionais para além das propostas pela graduação. O território pode ser explorado, tornando-se cenário de formação para a relação de ensino-aprendizagem (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013). A educação permanente deve possibilitar a experimentação e a intervenção na realidade, de maneira crítico-reflexiva, valorizando a interdisciplinaridade, assim como a humanização e efetivação das ações no processo de trabalho (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Outrossim, o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde (2015, p.30) ressalta que é preciso “mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da Saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-las nos espaços de educação permanente.”

Algumas modalidades de cursos de pós-graduação em saúde valorizam o desenvolvimento profissional por meio da articulação do conhecimento científico e das vivências nos territórios, como exemplos as Residências Multiprofissionais em Saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010) e os Mestrados Profissionais em Saúde (SANTOS; HORTALE, 2014), possibilitando o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde, como também a consolidação das instituições (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013).

Nessa perspectiva, questionou-se: Os cursos de pós-graduação em saúde, sejam eles do tipo *lato sensu* ou *stricto sensu* na modalidade profissional, estimulam o desenvolvimento ou aprimoramento das competências em promoção da saúde para os discentes/profissionais?

Dessa forma, o objeto de estudo consistiu na análise sobre o desenvolvimento de competências em promoção da saúde em formandos de cursos de pós-graduação em saúde, utilizando como referencial teórico o CompHP.

A autora do presente estudo, enquanto profissional em atuação na APS através da ESF, reconhece a mesma como campo favorável e primordial para o desenvolvimento de ações em promoção da saúde e a efetivação da integralidade do cuidado. Ademais, enquanto discente do curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), sentiu-se instigada pelo Módulo I que versou sobre a Promoção da Saúde. Nessa oportunidade, foi abordada a importância de se desenvolver as competências em promoção da saúde para aperfeiçoar ou modificar as práticas profissionais com eficiência e segurança na área. Sendo assim, considerando a educação permanente através de cursos de pós-graduação, como estratégia essencial para o incentivo ao desenvolvimento de competências, percebeu-se a necessidade de se constatar a implicação desses cursos no aperfeiçoamento profissional em promoção da saúde.

O objeto do estudo está integrado a linha de pesquisa “Educação na Saúde” do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pois se referiu ao processo formativo do profissional de saúde no que concerne ao desenvolvimento de competências em promoção da saúde por estes e, possivelmente, podem atuar na Atenção Primária à Saúde que consiste em um campo propício para a promoção da saúde.

Falkenberg et al. (2014) ressaltam que, devido às exigências intelectuais, emocionais e interpessoais sobre os profissionais de saúde, é essencial a formação para além da graduação, visando que estes se aperfeiçoem para garantir a própria segurança e dos usuários, a integralidade do cuidado e a resolubilidade do sistema.

Para o profissional de saúde, o aperfeiçoamento laboral através de cursos de pós-graduação que visem o desenvolvimento de competências além de favorecer o posicionamento no competitivo e exigente mercado de trabalho, poderá implicar em maior segurança e eficiência na realização dessas ações, assim como na preparação

para o enfrentamento às diversas particularidades da saúde no âmbito individual e coletivo.

Para a comunidade, um profissional competente em promoção da saúde poderá otimizar a resolubilidade dos principais problemas de saúde, através do incentivo ao empoderamento das pessoas para mudanças de hábitos de vida e para o autocuidado, amenizando os riscos e vulnerabilidades em saúde, e, portanto, implicando de modo positivo e duradouro na vida desses indivíduos, como também suscitar o fortalecimento de vínculo entre profissionais e comunidade.

Por conseguinte, para os serviços de saúde as ações de promoção da saúde demonstram menor custo comparado aos investimentos em tratamentos de doenças, além do grande potencial para a redução de adoecimento e aumento da autonomia das pessoas sobre sua saúde, o que pode gerar, a longo prazo, diminuição de consultas especializadas ou não, e despesas decorridas de agravos à saúde.

Em cunho pessoal, o aprofundamento teórico sobre promoção da saúde e desenvolvimento de competência na formação, favoreceu o senso crítico acerca dos processos formativos, assim como implicar em mudanças nas práticas voltadas para a promoção da saúde.

Para a instituição e os cursos investigados, estudos como esse podem instigar a superação do modelo biomédico, buscando uma formação pautada na assistência ao indivíduo em seu contexto social, familiar e ambiental, de maneira holística e com ênfase na promoção da saúde e o cuidado integral.

Em suma, a relevância desse estudo pode ser considerada ao buscar provocar uma reflexão sobre a importância da educação permanente para os profissionais de saúde, a fim de transformar ou melhorar seu desempenho laboral. Além disso, visa destacar os processos formativos sob a perspectiva de cursos de pós-graduação, pois espera-se que estes incitem o aprimoramento técnico-científico do profissional, acarretando em mudanças nas suas práticas e no desenvolvimento de competências.

Por fim, analisando pesquisas nos últimos dez anos sobre a temática, percebe-se uma limitação na exploração desse assunto no Brasil no campo das ciências em saúde (PINHEIRO et al., 2015). Assim, esse estudo poderá, quiçá, dar subsídio à novas pesquisas, contribuindo para o preenchimento dessa lacuna, como também cooperar com processos avaliativos de cursos de pós-graduação a fim de perceber a adequação das diretrizes curriculares ao contexto da prática profissional, podendo

inferir direta ou indiretamente sobre a atenção ao indivíduo e/ou comunidade e ao serviço de saúde no qual está inserido.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o desenvolvimento de competências em promoção da saúde em formandos de cursos de pós-graduação em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o universo semântico dos formandos dos cursos de pós-graduação sobre competência em promoção da saúde;
- Reconhecer os domínios de competências em promoção da saúde nos Projetos Pedagógicos dos cursos à luz do CompHP;
- Descrever as competências essenciais em promoção da saúde desenvolvidas pelos formandos;
- Verificar a contribuição dos cursos de pós-graduação no desenvolvimento das competências essenciais para promoção da saúde na percepção dos formandos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1.1 Cartas de Promoção da Saúde

É de suma importância conhecer os aspectos históricos e conceituais da Promoção da Saúde para se compreender e analisar o atual contexto da saúde. Nessa perspectiva, as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde se configuram norteadoras das políticas de promoção de saúde em vários países, utilizando das experiências exitosas de cada um para se buscar melhor assistência e qualidade de vida das pessoas (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez por Henry e Sigerist (1945), inserindo-se em quatro campos da medicina, sendo o primeiro, a promoção da saúde, o segundo, a prevenção da doença, a terceira em que se busca reestabelecer a saúde do indivíduo, e a quarta que diz respeito à reabilitação do doente e inserção social (ROQUE, 2015).

Em 1986, em Canadá, Ottawa, aconteceu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde que resultou no documento a “Carta de Ottawa”. Nessa carta admitiu-se a saúde em seu conceito amplo e enfatizou-se a necessidade de se fazer parcerias, melhorar o planejamento local, considerando a autonomia dos indivíduos e da comunidade (RABELO, 2010).

Esse documento ressalta, principalmente, a existência de determinantes múltiplos de saúde e ainda a intersetorialidade para a resolução dos problemas do território e para melhor qualidade de vida, considerando a ação comunitária como recurso essencial para a produção de saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Definiu-se ainda Promoção da Saúde como a capacitação dos indivíduos e coletividade para buscar melhor qualidade de vida e de saúde, devendo considerar os determinantes da saúde e a associação com as necessidades da comunidade, enfatizando as estratégias constituídas na carta, como a construção de políticas

públicas saudáveis, a promoção de ambientes favoráveis à saúde, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento das habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988, teve como objetivo demonstrar o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde (WESTPHAL, 2007), destacando quatro áreas emergenciais de âmbito político, sendo o tabaco e álcool, a saúde da mulher, alimentação e nutrição e criação de ambientes favoráveis à saúde (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

No ano de 1991, em Sundsvall, Suécia, ocorreu a III Conferência em Promoção da Saúde, que além de resgatar aspectos da Declaração de Adelaide, enfatizou a relação do meio ambiente e a saúde, devido aos problemas e desastres naturais que se instalavam naquela época. Abrangeu ainda as dimensões sociais, econômicas e políticas como necessárias para a promoção da saúde nos anos 1990 (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

Em seguida, ainda na perspectiva da ênfase no meio ambiente, em 1992, é realizada no Rio de Janeiro, Brasil, a ECO 92 que reforçava a importância da construção de ambientes saudáveis, visando à sustentabilidade ambiental nos processos de desenvolvimento e, conseqüentemente, à promoção da saúde da população (WESTPHAL, 2007).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu na Indonésia, a Conferência de Jacarta, em 1997, o primeiro país em desenvolvimento a sediar uma conferência internacional. Destacou-se pela inovação do debate quando se discutiu sobre como promover saúde e também ao inserir o setor privado para as ações em saúde (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

A Declaração de Jacarta estabeleceu como prioridades o incentivo ao desenvolvimento do controle social na saúde, o aumento da capacidade das pessoas para controlar os fatores que possam interferir nos determinantes da saúde, a ampliação e consolidação das parcerias para a saúde, a intensificação das investigações para o desenvolvimento da saúde, e por fim, a garantia de infraestrutura para a promoção da saúde (WESTPHAL, 2007).

A Declaração do México, no ano 2000, teve como tema central a equidade, compreendendo que “a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor

saúde para todos” (BRASIL, 2002, p.30), uma vez que os problemas de saúde prejudicam o desenvolvimento social e econômico dos países.

Após cinco anos, ocorreu em Bangkok, Tailândia, a VI Conferência em Promoção da Saúde, sob o tema “Políticas e parcerias para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde”, considerando o crescimento da população idosa e o decorrente aumento das doenças crônicas, assim como das doenças transmissíveis, além da urbanização em detrimento dos ambientes saudáveis, o que mobilizou discussões pautadas na globalização saudável e amigável (WESTPHAL, 2007; PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

Nessa perspectiva, em 2009 em Nairóbi, ocorreu a VII Conferência Internacional que sob o lema “Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação”, e tinha como objetivo reduzir o distanciamento do desenvolvimento, assistência e promoção da saúde, dando ênfase à autonomia do indivíduo e coletividade, às parcerias dos setores públicos, privados e não governamentais, reforçando os sistemas de saúde, e à construção de competências dos profissionais para a promoção da saúde em busca de melhor qualidade de vida e de assistência à saúde (SILVA, 2012).

Por conseguinte, a Carta de Helsinque foi decorrente da VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde que aconteceu no ano 2013 em Helsinki, na Finlândia, sobre “Promoção da Saúde: Saúde em Todas as Políticas”, visando à intersectorialidade na formação de políticas públicas e a necessidade de efetivação da promoção de saúde. Sendo assim, firmaram-se como objetivos a priorização da saúde e a equidade como responsabilidade dos governos, buscando oferecer o bem-estar e a saúde dos povos (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

A IX Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em 2016, em Xangai, teve como tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”. Nessa conferência foi apontado a necessidade da articulação em âmbito nacional, estadual e local sobre quatro pilares: “cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social” (MALTA et al., 2018).

A Declaração de Xangai sobre Promoção da Saúde na Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030 e o Consenso de Xangai sobre Cidades Saudáveis culminaram em orientações em alusão à promoção da saúde e o enfrentamento aos desafios sobre os determinantes da saúde, articulando a boa

governança, cidades saudáveis, literacia em saúde e mobilização social (LOUREIRO; MIRANDA, 2018).

Aos dias 25 e 26 de novembro de 2016, estiveram reunidos em Curitiba-PR gestores, trabalhadores e militantes do campo da política pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, constituindo a representação de 10 estados do país. Deu-se ênfase para o fortalecimento de espaços em educação permanente, incentivando a utilização de metodologias identificadas como propulsoras de movimentos democráticos e participativos, como Percursos Formativos e Engrenagens de Educação Permanente na RAPS; Projeto Redes; Caminhos do Cuidado; reavivando parcerias com Universidades para a sustentação da direcionalidade inicial dos projetos, e multiplicando as ações já realizadas; Associações de Usuários, Familiares e Trabalhadores de saúde mental, redução de danos e coletivos antiproibicionistas, o fortalecimento dos Núcleos Regionais (estaduais) da ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental, como entidade que agrega diferentes perspectivas na defesa comum do cuidado em liberdade; dos Espaços oficiais de Controle Social do SUS e dos Direitos Humanos e dos Canais de comunicação com diferentes dispositivos e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (ABRASME, 2016).

Em suma, as conferências internacionais em promoção da saúde são norteadoras das ações de promoção em saúde em diversos países, influenciando na construção das políticas públicas, como ocorre no Brasil, o que justifica a importância de conhecermos o contexto histórico e o desenvolvimento conceitual da promoção da saúde (ROCHA et al., 2014).

3.1.2 A Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil

O conceito de saúde sofreu muitas transformações, até considerar que saúde não é apenas a ausência de doença, mas proveniente do equilíbrio de fatores determinantes que podem interferir na saúde individual e/ou coletiva, como as condições sociais, econômicas, sanitárias, de trabalho, meio ambiente e da saúde mental, necessitando de empoderamento da comunidade para o enfrentamento dos problemas do território e adquirir autonomia sobre sua saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Essas mudanças ocorreram principalmente através da reconfiguração do sistema de saúde no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde influenciando a forma de organização da atenção à saúde, dando ênfase à importância da realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como também aperfeiçoamento na formação dos profissionais para atender aos princípios do SUS e para uma assistência de qualidade (KLEBA et al., 2012).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família em 1994, que passou a ser nominado de Estratégia Saúde da Família a partir da Norma Operacional Básica de Saúde 1996 em que se constituiu como estratégia nacional de substituição ao modelo tradicional vigente de saúde (FREITAS; MANDÚ, 2010).

Como princípios da APS estão a universalidade que significa garantir o acesso universal e contínuo para a assistência à saúde de qualidade, e a equidade que é a oferta do cuidado de acordo com as necessidades das pessoas, respeitando as diversidades. Já como diretrizes estão a regionalização/hierarquização como forma de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS); o cuidado centrado na pessoa e com ampla resolutividade, de acordo com população adscrita do território; a longitudinalidade do cuidado compreendendo ao cuidado continuado e a construção de vínculo com a população; a coordenação do cuidado, organizando o fluxo do usuário na RAS; a ordenação da rede de atenção à saúde, sendo a ESF a principal porta de entrada do usuário; e por fim, a participação comunitária para ampliação da autonomia em saúde individual e coletiva (BRASIL, 2017).

A ESF objetiva a reorganização dos serviços de saúde, considerando a APS como ordenadora da rede de atenção à saúde, como também coordenadora do cuidado, e buscando maior resolubilidade dos problemas de saúde, através de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2017).

Segundo Freitas e Mandú (2010, p. 201) “ao se responsabilizar pela saúde da população territorializada, as equipes desse âmbito assistencial devem ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida”.

A prevenção está relacionada com a ocorrência da doença, e busca antecipar uma ação para evitar que algo funcione e reduzir o risco de adoecer (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Já a promoção da saúde está além da prevenção de doenças, requerendo outras competências devido à complexidade em desenvolvê-la,

principalmente porque deve perpassar todas as políticas de saúde e necessita de apoio intersetorial e intrasetorial para atingir maior resolução dos problemas, e por isso tem sido um desafio para os profissionais de saúde (ROCHA, 2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) atualizada em 2014 vem apontando sobre a importância de se articular a saúde com outras políticas públicas, além da participação social, uma vez que separadamente o setor saúde não conseguirá enfrentar e responder aos determinante sociais em saúde com efetividade (BRASIL, 2015).

Em um estudo de Heidemann, Wosny e Boehs (2014), foi percebido como potencialidade da ESF a proximidade da Unidade de Saúde com a população, possibilitando a criação de vínculo, conhecer as necessidades do território e poder traçar intervenções em busca da ampliação da promoção da saúde.

Entretanto, há necessidade de complementação do atual modelo de atenção assistencial, pois ainda demonstra-se muito centrado na doença, no profissional médico e com fins curativistas, priorizando o ambiente hospitalar. Sendo assim, é essencial um modelo integral, que valorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos, e que utilize a educação em saúde de forma participativa e dialógica (FALKENBERG et al., 2014).

Outro impasse relatado no estudo de Heidemann, Wosny e Boehs (2014) para o desenvolvimento de ações em promoção da saúde está associado aos recursos materiais e infraestrutura, pois é sabido que material didático, boa divulgação e espaço físico adequado influenciam no interesse e na participação da comunidade nessas ações, assim como transporte para o deslocamento para áreas distantes da UBS. A insuficiência desses recursos pode prejudicar na realização ou na qualidade das ações de promoção da saúde.

Nessa perspectiva, apesar de a promoção da saúde ser considerada como preceito e base para o processo de trabalho da APS, percebe-se que é sempre deixada em segundo plano, não recebendo a devida importância (FREITAS; MANDÚ, 2010). Sendo assim, a mudança deve começar pelo “saber fazer” do profissional de saúde, uma vez que a resolução dos problemas da população está centrada, principalmente, para as enfermidades, e não para as necessidades individuais e coletivas, visando o cuidado integral (ROCHA, 2015).

É notório uma carência de embasamento teórico-prático do profissional de saúde acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes

Operacionais da Estratégia de Saúde da Família (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014), e para que os serviços promovam a saúde, é necessário que os profissionais busquem educação permanente para aperfeiçoamento profissional e incorporem o pensamento crítico e participante na atuação desses serviços (DIAS et al., 2012).

Heidemann, Wosny e Boehs (2014) destacaram que existe uma situação crítica para a realização das práticas de promoção da saúde na APS, uma vez que há necessidade de conhecimento específico em promoção da saúde, assim como das questões organizacionais dos serviços, e também pelo fato de haver poucas oportunidades de educação permanente com abordagem de metodologias ativas para favorecer a participação coletiva e maior efetividade da ação promotora de saúde.

Tavares et al. (2016, p. 1801) referem que “a reorientação das práticas implica o melhor desempenho dos profissionais e dos demais sujeitos envolvidos no processo: estudantes, docentes, gestores e população”. Dessa forma, torna-se fundamental investir em uma formação que contribua para o desenvolvimento de competências através do conhecimento em suas dimensões cognitivas, procedimentais e atitudinais para garantir a integralidade do cuidado para com o outro (ROCHA, 2015).

São muitos os desafios que se apresentam na APS e, portanto, torna-se necessário para viabilizar o atual modelo de atenção à saúde, uma formação profissional, tanto na graduação, como nas pós-graduações, que estimule uma visão generalista, humana, crítica e integradora, buscando maior resolubilidade e qualidade na assistência à saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). “As alterações no processo de formação profissional e reflexão sobre suas práticas podem auxiliar nessa mudança de paradigma” (FALKENBERG et al., 2014, p.851).

Destarte, sabe-se da importância da inserção das ações em promoção da saúde no processo de trabalho em saúde, principalmente, na APS que tem a promoção da saúde como estratégia basal no cuidado integral. Todavia, existem fragilidades no sistema, como limitações de recursos humanos capacitados para este fim, recursos materiais, dificuldade de envolvimento e participação comunitária, e modelo hegemônico ainda centrado na consulta médica, podendo suprir algumas dessas dificuldades através da educação permanente de gestores e profissionais da saúde para que se tornem competentes para o enfrentamento dos obstáculos e para o planejamento, organização e execução das ações de promoção da saúde de maneira contínua e adequada no trabalho.

3.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE: Desenvolvimento de competências com um enfoque na Promoção da Saúde

Nos últimos anos houve uma transformação nos enfoques do processo educativo que passou a considerar a análise da organização, como também a perspectiva da educação de adultos em situações laborais, não pretendendo somente o desenvolvimento de uma habilidade, mas a mudança nas práticas e na organização (BRASIL, 2009a).

A andragogia é a ciência de orientar a aprendizagem de adultos, considerando que estes são motivados a aprender por meio da experiência diária, isto é, à medida que conseguem associar o conhecimento à sua prática, aplicando em direção às respostas para suas necessidades e interesses (BANDINI; GERMANI, 2015).

É importante destacar que a promoção da saúde tem natureza dinâmica e complexa e, por isso, necessita de profissionais com formação que estimulem a capacidade de conhecer e praticar seus princípios teóricos e metodológicos, refletindo acerca dos desafios e expectativas das pessoas nos territórios (TAVARES et al., 2016), como promover práticas dialógicas entre atores de áreas de conhecimentos diferentes, visando maior compreensão acerca dos determinantes da saúde para proposição de ações que resultem em melhoria das condições de vida e de saúde (KLEBA et al., 2012).

A aquisição de competências para promoção da saúde pode acontecer a partir das práticas laborais e dos processos formativos, tanto na graduação, como na pós-graduação, que visam contribuir para a formação de profissionais que sejam capazes de transformar políticas, teorias e pesquisas em ações efetivas de promoção da saúde (BARRY et al., 2009).

Nessa perspectiva, a introdução da promoção da saúde, especificamente em relação aos seus conceitos e práticas nos currículos de cursos da área da saúde, favorecem a capacitação de profissionais que atuam na atenção primária, para adequação às diretrizes e objetivos do SUS (VENDRUSCOLO; VERDI, 2011).

É importante enfatizar que internacionalmente busca-se desenvolver padrões direcionados à promoção da saúde, como o delineamento de competências, com destaque para o Consenso de Galway e o Projeto pan-europeu “Competências

Principais em Promoção da Saúde” (CompHP) (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; BARRY et al., 2009; ALLEGRANTE et al., 2009; SPELLER et al., 2012).

O CompHP tem como objetivo identificar e definir as principais competências, estabelecendo os padrões profissionais esperados para a promoção da saúde na Europa, incluindo os valores éticos e conhecimentos como os pilares de todas as ações de promoção da saúde e que permeiam os outros nove domínios de competências, que são: advocacia em saúde, produção de mudanças, parcerias, liderança, comunicação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; PINHEIRO et al., 2015; SPELLER et al., 2012).

Battel-Kirk e Barry (2013) referem que apesar do foco do CompHP ser do contexto europeu, há evidências de que constitui um recurso muito útil para a capacitação para a promoção da saúde a nível mundial.

Segundo Arroyo (2009), em relação aos esforços na América Latina, há um estímulo para um levantamento e avaliação da formação de recursos humanos referentes à promoção da saúde e à educação para a saúde na região, através do Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Pessoal em Educação para a Saúde e Promoção da Saúde (CIUEPS) com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

No Brasil, ainda pouco se discute sobre consensos de competências para a promoção da saúde, justificando a baixa aplicação desses modelos já formulados nos processos formativos dos profissionais em saúde voltados para a promoção da saúde (PINHEIRO et al., 2015). Entretanto, recentemente houve a publicação de um estudo que manteve a orientação dos domínios propostos pelo CompHP, porém promoveu a adequação das competências para promoção da saúde para aplicação no contexto brasileiro (MOREIRA; MACHADO, 2019).

Sendo assim, as competências para promoção da saúde são essenciais para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde, pois através da educação permanente, pode possibilitar a padronização e consolidação da promoção da saúde, e assim gerar uma base de sistemas de acreditação dos serviços e facilidade na avaliação das práticas em promoção da saúde. Porém, é importante destacar que se não houver mudança na formação que incite na prática reflexiva, não existirá grandes implicações nas práticas dos profissionais no cotidiano (NETTO-MAIA, 2016).

Apesar de muitos desafios na formação direcionada para o SUS, são também muitas as possibilidades, principalmente, com a inserção dos profissionais de saúde,

docentes e estudantes na educação permanente, articulando o ensino, trabalho e comunidade (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013).

O padrão curricular e de critérios de natureza pedagógica, política, social e econômica influenciam no processo formativo. Em currículos baseados em competência espera-se do profissional não apenas conhecimentos técnicos, mas também aqueles que são inseridos na sua prática, pois é fundamental utilizar a problematização e a reflexão a partir dos processos de trabalho, a partir da realidade vivenciada na prática para efetivação da construção de competências (TAVARES et al., 2016).

Um currículo inovador deve investir na formação de indivíduos flexíveis às mudanças e adversidades encontradas na prática laboral e que os egressos possam apresentar excelência tanto na área científica e acadêmica, como na prática clínica (FERNANDES et al., 2012). Rocha (2015) ressalta que uma proposta inovadora geralmente está relacionado a sua originalidade e novidade, mas, sobretudo a sua relevância, nesse caso, por incitar a transformação nos serviços de saúde decorrentes das novas posturas e técnicas adquiridas pelos profissionais.

Na PNPS consta como estratégia operacional o “incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos” (BRASIL, 2015, p.15). Além disso, destaca nos temas prioritários o desenvolvimento de ações de capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e também de outros setores a fim de realizarem promoção da saúde de forma efetiva e de qualidade (BRASIL, 2015).

É essencial que os processos formativos considerem a importância de articular as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade na sua proposta para ampliar os efeitos da educação científica nas ações cotidianas dos profissionais em saúde (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Outrossim, é destacada a necessidade de se avaliar constantemente o ensino em saúde, buscando a criação de espaços de convivência onde há troca do que se aprende e ensina, a fim de produzir uma real aprendizagem para a efetivação das práticas em promoção da saúde (ROCHA, 2015). “Por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas ou a revisão de critérios e capacidades existentes que lhes inibem a resolução” (BRASIL, 2009a).

À propósito das mudanças no ensino em saúde, cita-se o PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) que busca a tentativa de aproximação entre ensino, serviço e comunidade, derivada dos avanços nos projetos pedagógicos agregados às práticas de saúde e princípios do SUS (DIAS et al., 2012).

Portanto, é importante a conscientização dos profissionais sobre a sua responsabilidade também à aquisição de competências em promoção da saúde. Enfatiza-se que uma das principais mudanças que devem ocorrer é o “saber fazer” dos profissionais de saúde, relacionado ao campo de conhecimento que possui, pois antes era centrado na doença, dificultando o cuidado integral do indivíduo e coletividade. Assim, novos contextos de formação deve contribuir para o desenvolvimento de competências, considerando o cognitivo, a prática e a atitude, como estratégia mais adequada para a integralidade do cuidado (ROCHA, 2015).

3.2.1 Cursos de pós-graduação na formação dos profissionais de saúde para a promoção da saúde

Conforme Fernandes et al. (2012), a educação científica deve contribuir na atualização ou construção de novos conhecimentos e técnicas dos profissionais de saúde para o reflexo em mudanças na prática laboral. Na graduação em saúde, historicamente, são admitidos currículos convencionais que constituem de organização por disciplinas, seleção de conteúdos e baixa contextualização, ocasionando uma fragmentação no processo ensino-aprendizagem (LIMA et al., 2015).

Nessa perspectiva, deve-se considerar a importância da oferta de educação permanente e sua articulação com as necessidades e princípios do SUS. A educação permanente representa a mudança no processo ensino-aprendizagem, uma vez que busca incorporar a esse processo às práticas sociais, laborais e organizacionais, utilizando da prática como estratégia de problematização sobre o fazer, evitando a fragmentação disciplinar e estimulando a interação e reflexão dos envolvidos (BRASIL, 2009a).

É importante destacar que profissionais de saúde em contexto do ensino de pós-graduação, pode favorecer o próprio processo ensino-aprendizagem através da associação do conhecimento científico com as experiências no seu cotidiano e trabalho, contribuindo, inclusive, para a elevação da qualidade dos conteúdos programáticos e do programa de pós-graduação (BARRETO et al., 2012).

Entretanto, enquanto discentes de cursos da área da saúde, sejam eles na graduação ou pós-graduação, se não houver a integração e compreensão do seu papel na inserção nos serviços de saúde, pode gerar um despreparo de alguns egressos para assumirem cargos em serviços de saúde, como o da APS, e refletir nas ações em promoção da saúde (DIAS et al., 2012).

É evidente a distância do processo de trabalho em saúde e a promoção da saúde, uma vez que prevalece a conduta prescritiva e curativa, e mesmo acontecendo de forma incipiente ações para a produção de saúde, há um descompasso às propostas das políticas em saúde e para o enfrentamento das iniquidades do processo saúde-doença (ROCHA, 2015).

Nessa perspectiva, ressalta-se os cursos de residência, *lato sensu*, (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015), e os mestrados profissionais, *stricto sensu* (SANTOS; HORTALE, 2014) que abrangem em suas propostas de ensino-aprendizagem a associação da prática e experiência laboral com o conhecimento científico para responder às necessidades do SUS.

Para o processo formativo dos profissionais torna-se fundamental o papel das instituições de serviço para o desenvolvimento de competências profissionais, uma vez que a interação do ensino-serviço contribui com a aprendizagem e aperfeiçoamento destes (FALKENBERG et al., 2014).

A Portaria nº 1.077 de 12 de novembro de 2009 dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e a define como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pelo envolvimento da instituição formadora e os serviços de saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, durante pelo menos dois anos e em regime de dedicação exclusiva, designado para os profissionais de saúde, exceto médico (BRASIL, 2009b).

Segundo Almeida e Salazar (2017) a RMS se constitui em uma estratégia de ensino baseada na conceito ampliado de saúde, na interdisciplinaridade e na integralidade do cuidado, buscando a associação de serviço e ensino e,

consequentemente, a transformação de práticas laborais norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

A RMS é considerada um espaço favorável para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde, pois possibilita a aprendizagem significativa a partir das discussões e interações entre os integrantes mediante encontros da RMS para aulas teóricas, atividades de campo, preceptorias e seminários de núcleo e campo, além da participação dos docentes, usuários e profissionais do serviço para o planejamento e avaliação das ações (SILVA et al., 2016).

Conforme Domingos, Nunes e Carvalho (2015), a RMS mostra-se como uma estratégia muito importante para o desenvolvimento do SUS, uma vez que insere nos serviços de saúde profissionais das mais diversas formações em saúde, contribuindo para preencher lacunas de algumas categorias profissionais ausentes no serviço, além de a presença de residentes constantemente nesses espaços poder induzir ao aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe multiprofissional, devido à supervisão e também do apoio técnico e científico nas práticas laborais.

Em suma, espera-se que os egressos de RMS desenvolvam competências e reflexão crítica na identificação dos principais nós críticos, buscando estratégias para melhor assistência e que favoreça a consolidação do SUS (SILVA et al., 2016).

Nessa perspectiva, a Portaria nº 80/1998 dispõe sobre o reconhecimento e regulamentação dos cursos de Mestrado Profissional (MP) através da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O MP surgiu pela necessidade apresentada pelo mundo produtivo e se constitui em um modelo de pós-graduação que preconiza a aplicabilidade no SUS, devendo haver transformação na prática profissional a partir do conhecimento científico adquirido, abrangendo alunos e egressos inseridos nos serviços de saúde para potencializar essas mudanças (SILVA et al., 2017).

O MP propõe a pertinência da problematização e a formação de profissionais para que adquiram competências mediante ao uso da ciência para identificar e analisar problemas vivenciados no SUS e modificar essa realidade nos espaços de trabalho (SANTOS; HORTALE, 2014).

Em 2001, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma instituição de ciência e tecnologia destinada à pesquisa, ao ensino e ao desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, pertencente ao Ministério da Saúde, diagnosticou a quase inexistência no país de iniciativas voltadas para a qualificação de profissionais e

começou a oferecer cursos de MP com o objetivo de qualificar profissionais para atuarem como formadores ou modificadores do seu trabalho mediante a adoção de novos conceitos e práticas (HORTALE et al., 2010).

Por conseguinte, a Portaria nº 7 de 22 de junho de 2009 dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da CAPES e determina que a partir da avaliação pela CAPES a sua certificação tem validade nacional e outorga os mesmos direitos ao título de mestrado acadêmico. Além disso, define que o tempo mínimo para titulação é de um ano e máximo de dois anos, o corpo docente deve ser composto de doutores, e o currículo deve enfatizar a articulação entre o conhecimento atualizado, o domínio da metodologia e aplicação no campo de atuação profissional (BRASIL, 2009c).

O que potencializa os cursos formativos em saúde, em nível de *stricto e lato sensu*, é o aprofundamento nas reflexões acerca do conceito ampliado de saúde e da interdisciplinaridade, dialogando com os conteúdos cognitivos, de habilidades e atitudinais para enfrentar as questões de saúde e aperfeiçoar as práticas nos serviços de saúde (ROCHA, 2015; TAVARES et al., 2016).

“Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática” (BRASIL, 2009a, p.49). Mesmo os recém-graduados e os profissionais de longa experiência precisam está atualizando e revisando suas práticas laborais, especialmente, em promoção da saúde, pois esta permeia todas as políticas de saúde e é um eixo estruturante da APS. Sendo assim, os cursos de pós-graduação buscam contribuir para preencher essas lacunas em conhecimento, treinamento de habilidades e atitudes para abranger as demandas de saúde e favorecer a consolidação do SUS (ROCHA, 2015).

4 MÉTODO

O método científico está interligado à pretensão de o homem ter caminhos seguros para alcançar ou produzir um conhecimento e ter critérios para distinguir o conhecimento verdadeiro e o falso (KÖCHE, 2011).

Segundo Lakatos e Marconi (2010), o método consiste em um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, a fim de orientar o caminho a ser seguido, de forma segura e econômica, ensinando, analisando e conhecendo a realidade, produzindo, assim, novos conhecimentos válidos e verdadeiros.

Segue abaixo os percursos para o delineamento metodológico, o referencial teórico utilizado como norteador para o estudo, coleta e análise de dados, e os aspectos éticos e legais da pesquisa em questão.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza mista, com desenho analítico descritivo, bem como foi realizada uma análise documental do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) nas pós-graduações em estudo.

Ressalta-se que a hipótese do estudo está relacionada à saber se os cursos de pós-graduação em saúde contribuem para o desenvolvimento de competências em promoção da saúde.

Creswell e Plano Clark (2011) definem métodos mistos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas.

A pesquisa analítica propicia uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, buscando explicar o contexto de um fenômeno na perspectiva de um grupo, grupos ou população, possibilitando fazer previsões para a população de onde a amostra foi retirada e inferências estatísticas pela aplicação de testes de hipótese (LAKATOS; MARCONI, 2010).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, buscando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos, utilizando de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (GIL, 2010; PRODANOV; FREITAS, 2013).

A análise documental foi realizada a fim de identificar os domínios de competências para promoção da saúde no Projeto Pedagógico de Curso das pós-graduações em estudo, à luz do CompHP.

Para Lakatos e Marconi (2010) a pesquisa e análise documental representa uma fonte indispensável de informações, podendo orientar as indagações que surgem e auxiliar na planificação do trabalho.

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo teve como referencial teórico metodológico o documento intitulado Competências Principais em Promoção da Saúde - CompHP que define nove domínios de Competências de Promoção da Saúde (CPS), desenvolvido por meio do projeto “Desenvolvendo Competências e Padrões Profissionais para a Construção da Capacidade em Promoção da Saúde na Europa (CompHP)” (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011), e por isso considera-se necessário a apresentação desse referencial teórico, visando nortear a compreensão sobre o estudo.

Em 2008, na Irlanda, ocorreu a Conferência de Galway que teve como resultado o “Consenso de Galway” com oito domínios de competências em promoção da saúde, sendo eles: catalisar mudanças; liderança; avaliação das necessidades; planejamento; implementação; avaliação do impacto; defesa de direitos; e parcerias (ALLEGIANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009).

Fundamentado a partir do Consenso de Galway, um grupo europeu construiu um documento definindo as principais Competências em Promoção da Saúde, através de revisão da literatura, consultoria com especialistas e pesquisadores da área, como também a aplicação da Técnica Delphi e grupos focais (PINHEIRO et al., 2015). Foi

uma iniciativa da União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde (UIPES-IUHPE), em setembro de 2009, intitulado *“Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe (CompHP)”* (PINHEIRO et al., 2015; SPELLER et al., 2012).

Segundo Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011), competência pode ser definida como a combinação de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que possibilitem ao indivíduo desempenhar tarefas de acordo com um padrão.

É essencial a determinação de competências para se orientar a construção de currículos ou reformulação desses, tanto nos cursos de graduação, como de pós-graduação, visando oferecer uma educação que aproxima a teoria da realidade, favorecendo a preparação dos profissionais para o enfrentamento dos desafios do processo de trabalho (PINHEIRO et al., 2015).

Ainda, Camelo e Angerami (2013) enfatizam que a qualificação profissional e aquisição de competências se faz importante para o aperfeiçoamento das práticas e para alcançar resultados positivos, com maior resolubilidade, justificando o reconhecimento tanto pelos gestores, como pelos profissionais sobre a importância para a busca do conhecimento e atualização constante.

Vale destacar que os princípios que dão sustentação às normas e padrões do CompHP podem ser usados na formação inicial ou durante a progressão da carreira de promotores de saúde, assim como para critérios de avaliação de qualificação profissional em promoção da saúde ou avaliação de experiências que venham da prática. Assim, devem nortear o ensino em saúde e, finalmente, um promotor de saúde deve satisfazer os domínios apresentados no CompHP (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

No CompHP o conjunto de competências necessárias para desenvolver ações eficazes em promoção da saúde abrange valores, habilidades e conhecimentos, que são listados em 46 competências e nove domínios. Os valores éticos dizem respeito a equidade, justiça social, a ética, e respeito à autonomia dos indivíduos, já os conhecimentos compreendem aos princípios conceituais da Promoção da Saúde (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Cada domínio especifica os conhecimentos, habilidades e critérios de desempenho exigidos para demonstrar a aquisição das competências essenciais no referido domínio (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Segundo Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011), os domínios são definidos como:

- a.** Possibilidade de mudanças: possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades e organizações construam capacidade para a ação em promoção da saúde, visando tanto uma saúde melhor, como a redução de as iniquidades em saúde.
- b.** Advocacia em saúde: Reivindicar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde, o bem-estar e a capacitação para ação em promoção da saúde.
- c.** Parceria: Trabalhar em colaboração com áreas de conhecimento/disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde.
- d.** Comunicação: Comunicar ações de promoção da saúde efetivamente, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para diversos públicos.
- e.** Liderança: Contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em promoção da saúde.
- f.** Diagnóstico: Diagnosticar as necessidades e potencialidades de parceria com os atores/parceiros sociais, no contexto dos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que promovem ou comprometem a saúde.
- g.** Planejamento: Desenvolver metas e objetivos de promoção da saúde que podem ser medidos, baseados no diagnóstico das necessidades e potencialidades em parceria com os atores/parceiros sociais.
- h.** Implementação: Implementar ações de promoção da saúde efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/parceiros sociais.
- i.** Avaliação e pesquisa: Utilizar métodos de avaliação e pesquisa apropriados, em parceria com os atores/parceiros sociais, para determinar o alcance, o impacto e a efetividade das ações de promoção da saúde.

A figura 1 corresponde ao modelo de Competências Essenciais Proposto pelo CompHP e, nesse estudo, os domínios de competências do CompHP irão nortear a organização e sistematização das informações coletadas através dos documentos e dos resultados dos questionários.

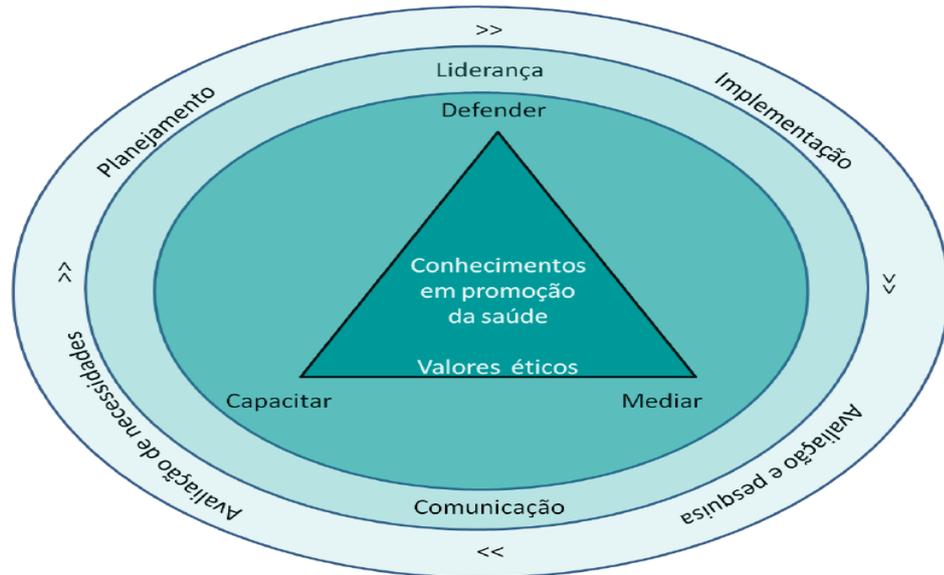


FIGURA 1. Modelo de Competências Essenciais em Promoção da Saúde Proposto pelo CompHP. Crato-CE, Brasil. 2019.

FONTE: DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M.M. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011.

4.3 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Universidade Regional do Cariri (URCA) através dos Programas de Pós-Graduação em Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC), *lato sensu*, e o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), *stricto sensu*.

Apesar das diferenças curriculares, a escolha para esses cursos se deu por apresentarem potencial formação de profissionais para a atuação na APS, campo favorável para as ações de promoção da saúde, assim como valorizam a articulação do conhecimento científico com as vivências no trabalho para promover pensamento crítico, reflexivo e atitudinal a partir da problematização da realidade.

Nascimento e Oliveira (2010) consideram que para desenvolver competências, há necessidade de uma elaboração curricular que possibilite o desenvolvimento de

um perfil profissional em que conhecimentos, habilidades e atitudes se articulem com o contexto da prática profissional.

Nessa perspectiva, a RMSC pode ser considerada como uma estratégia de reorientação dos processos formativos em relação à pós-graduação, pois pretende estimular práticas baseadas na relação técnico-científico, de forma interdisciplinar, multiprofissional e focada na promoção em saúde (EVANGELISTA et al., 2016).

A proposta da RMSC fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da formação de um conhecimento ampliado de saúde, que precisa compreender os desafios de trabalhar a coletividade, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos. Ressalta-se que tem como propósito formar profissionais para a área da saúde, reconhecendo a necessidade da inserção destes nos serviços de saúde, onde possam, no exercício da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a atenção e a prática (RODRIGUES, 2016).

Por conseguinte, o MPSF adota a construção do currículo baseado nos referenciais da educação por competências, buscando aplicar os conhecimentos e habilidades desenvolvidas na prática cotidiana (HORTALE et al., 2015). Sendo assim, estimula não apenas a produção do conhecimento científico do profissional da APS, mas, principalmente, fazer com que este se torne apto a utilizar das evidências e métodos científicos para a tomada de decisões no processo de trabalho da APS (MACHADO et al., 2015).

Segundo Liberman et al. (2015), o mestrado profissional em saúde tem como essência a prática como elemento central articulador do ensino, pesquisa e intervenção nos serviços, e a qualificação dos profissionais para que possam promover transformações em suas ações. Além disso, demanda a superação de um grande desafio didático-metodológico, que consiste em reunir profissionais de várias áreas e funções, com diferentes trajetórias, tendo como tarefa comum a troca de experiências sobre o próprio trabalho, seus embates e desafios, com o objetivo de viabilizar e instrumentalizar questionamentos, avaliações críticas e proposições de pesquisa e intervenção.

O período da pesquisa compreendeu de maio de 2018 a outubro de 2019.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os cursos apresentam perfil multiprofissional, contando com enfermeiro (14), médico (1), odontólogo (2), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogo (1) e psicólogo (1) no MPSF, e enfermeiro (3), biólogo (3), farmacêutico (1), educador físico (3), nutricionista (2) e fisioterapeuta (3) na RMSC, totalizando em 20 formandos no MPSF e 15 formandos na RMSC (TABELA 1).

Segundo Rodrigues (2016) a atuação em equipe multiprofissional possibilita o fortalecimento de práticas e da capacidade de intervenção, pois através das trocas de conhecimentos trazidos pelos profissionais, possibilita maior resolubilidade dos problemas de saúde da população.

Considerando que a RMSC não possui egressos, pois a primeira turma concluirá em meados do próximo ano (2019), estabelece-se como critério de inclusão àquele profissional que esteja no último ano de um desses cursos, ou seja, os participantes serão os formandos da RMSC e do MPSF que voluntariamente aceitem integrar e contribuir com a pesquisa. O critério de exclusão aplicou-se para a pesquisadora desse estudo, uma vez que mesmo estando inserida no processo formativo do MPSF, não deve participar da pesquisa por estar diretamente envolvida com a mesma, a fim de evitar vieses nas informações.

O estudo resultou na participação de todos os formandos de ambos os cursos, constando 19 do MPSF e 15 da RMSC, um total de 34 participantes.

4.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Coleta Documental

A coleta de dados se deu, inicialmente, a partir da solicitação do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) aos cursos para realizar uma análise documental à luz do CompHP a fim de identificar a presença dos domínios de competências essenciais

de Promoção da Saúde, como espera-se que seja estimulado o desenvolvimento destas no processo formativo.

Segundo VEIGA (2001), o Projeto Pedagógico é um instrumento de trabalho que descreve os objetivos, quando, onde, como, por quem e quais os resultados esperados para se alcançar pelo curso. É preciso uma relação contratual, contando com a aceitação e participação de todos os envolvidos, dá a importância de que seja elaborado participativa e democraticamente.

O projeto pedagógico pode direcionar o desenvolvimento das competências profissionais que são requeridas do egresso pelo mercado de trabalho, assim como fomentar o esforço de inovação, criação e transformação do seu ambiente de trabalho, implicando também no desenvolvimento das competências essenciais da sua organização (CHING, SILVA, TRENTIN, 2014).

4.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

A coleta de dados com o público alvo teve início com a aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). A TALP atua diretamente sobre a estrutura psicológica dos indivíduos a partir de estímulos indutores, que podem ser verbais, como palavras, frases, expressões, ou não verbais, como figuras e imagens. Assim, ao responder às induções, pode-se demonstrar os aspectos de personalidade, compreensões ou representações do participante acerca do indutor (TAVARES et al., 2014; COUTINHO; BÚ, 2017).

Segundo Tavares et al. (2014), para a TALP é importante que haja a definição do estímulo que deve estar diretamente associado com o objeto da pesquisa; a observação e o registro das reações e comportamentos dos participantes durante a aplicação do teste; e a comunicação, em que o participante irá responder aos estímulos por meio dos seus pensamentos mais imediatos. Em resumo, a técnica pode consistir em “apontar um termo indutor para o qual o sujeito deverá responder escrevendo a primeira palavra que lhe vier à mente” (VIEIRA, 2019, p.271).

Nesse estudo, a TALP foi aplicada coletivamente, em sala de aula, em dias e horários disponibilizados pelos coordenadores e docentes dos cursos e foi utilizado

um estímulo indutor: competências em promoção da saúde, e solicitado como resposta cinco evocações para esse estímulo. Dessa forma, a TALP possibilitou a representação dos formandos sobre competências em promoção da saúde, por meio das palavras evocadas.

4.5.3 Questionário

Posterior à TALP, foi respondido um questionário online por meio do Google Forms. O Google Forms possibilita a criação de questionários online com perguntas abertas e/ou fechadas através de um endereço eletrônico enviado para o participante, sendo de fácil acesso e preenchimento (FREI, 2017; OLIVEIRA; JACINSKI, 2017). Ao finalizar o preenchimento do questionário, as respostas são encaminhadas para a página do Google Forms do pesquisador, sendo agrupadas em uma planilha e resumidas também em representações gráficas, configurando uma ferramenta muito útil para a coleta e análise de dados estatísticos (OLIVEIRA; JACINSKI, 2017).

O questionário utilizado (ANEXO A) foi criado e validado por Wojcik (2013) em sua dissertação de mestrado, com o objetivo de avaliar as competências em promoção da saúde adquiridas pelos discentes do mestrado em Promoção da Saúde.

O questionário apresenta um levantamento das competências essenciais para a Promoção de Saúde baseadas no CompHP. Além dos nove domínios de competências em promoção da saúde, considerou-se também os “valores éticos” e o “conhecimento” em promoção da saúde no questionário, uma vez que são os pilares de todas as ações e que, portanto, permeiam os nove domínios, totalizando onze domínios e, portanto, onze perguntas objetivas (WOJCIK, 2013).

Cada pergunta possuía seis possibilidades de respostas, contendo os itens “já possuía e aprimorei”, “já possuía e não aprimorei”, “não possuía e desenvolvi”, “não possuía e não desenvolvi”, “prefiro não responder” e “não sei identificar”, justificada a alternativa “prefiro não responder” para que o preenchimento não fosse interrompido e, portanto, realizado em sua totalidade, mesmo quando não quisesse ou se sentisse apto para responder aquela questão (WOJCIK, 2013). No caso de ter aprimorado ou desenvolvido alguma competência em promoção da saúde, foi solicitado uma descrição de como aconteceu o estímulo durante o curso. Por fim, foi perguntado

sobre as competências que tinham desenvolvido ou gostariam de ter desenvolvido durante o curso.

Dessa forma, esse questionário possibilitou a verificação sobre o desenvolvimento de competências em Promoção da Saúde na percepção dos formandos, uma vez que estes reconheceram em suas práticas a presença ou não de tais competências, e sinalizaram se houve influência do processo formativo da pós-graduação para desempenho dessas.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados documentais, foi utilizada a técnica de análise conteúdo temática que busca núcleos de sentidos para agrupar temas em categorias, nesse caso, conforme os domínios de competências em promoção da saúde, segundo o CompHP.

Segundo Minayo (2013) a análise de conteúdo temática possibilita a análise qualitativa de material referente à saúde e envolve algumas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise consistiu na seleção de documentos a serem analisados a partir dos objetivos e hipóteses do estudo, utilizando a leitura flutuante do material, organização e conservação, correção ou formulação das hipóteses. A exploração do material correspondeu ao destaque no texto das unidades de registro, uma vez que visa alcançar o núcleo de compreensão textual, reduzindo o texto em unidades de contexto, surgindo as categorias. Por fim, o tratamento dos resultados e interpretação se deram com a relação dos achados com a literatura científica e domínios de competências em promoção da saúde do CompHP (MINAYO, 2013).

Os dados qualitativos provenientes da TALP foram analisados com o auxílio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), traduzido em várias línguas, o que favoreceu a sua ampla utilização, inclusive no Brasil com início em 2013. É ancorado no *software* R e na linguagem de programação *python* (SOUZA et al., 2018). Este *software* apresenta várias possibilidades de processamento de dados qualitativos e permite diferentes

formas de análises estatísticas de textos, além de ser gratuito na lógica de *open source* - código aberto (KAMI et al., 2016; SOUZA et al., 2018).

Para a realização desta análise, foi criado o banco de dados da matriz no *Calc do Open Office* que é executado no programa IRAMUTEQ e que compila arquivos textuais a partir do *software* R, possibilitando a realização de diversos tipos de análise, dentre elas, a análise prototípica e a análise de similitude.

A análise prototípica corresponde ao cálculo de frequências e ordens de evocação das palavras (WACHELKE; WOLTER, 2011). Nesse estudo, as palavras foram organizadas a partir da frequência e da ordem de evocação atribuída pelos participantes, possibilitando a visualização destas evocações em quatro zonas. A frequência mínima considerada para inclusão das palavras nos quadrantes foi de 2 (padrão utilizado pelo *software*).

No quadro de quatro casas oriundo da análise prototípica, o quadrante superior esquerdo (QSE) apresenta as evocações de maior frequência e de menor ordem média de evocação (OME), ou seja, que vieram rapidamente à mente e foram citadas muitas vezes, indicando o provável núcleo central. No quadrante superior direito (QSD) estão os termos com alta frequência, porém maior OME, podendo contribuir no fortalecimento dos elementos do núcleo central, sendo denominado de primeira periferia. Em contrapartida, na segunda periferia, o quadrante inferior esquerdo (QIE) possui conteúdos com baixa frequência e menor OME, denominado de zona de contraste, em que, às vezes, pode surgir um subgrupo representacional. Por fim, o quadrante inferior direito (QID) é constituído pelos termos menos evocados e de maior ordem média, sendo os de menor importância para a representatividade (SANTOS et al., 2017).

Na análise de similitude é possível identificar as coocorrências e conexão entre as palavras, favorecendo a construção de uma estrutura da representação (CAMARGO; JUSTO, 2013). Esse tipo de análise consiste em outra forma de classificar os termos de uma produção discursiva baseando-se em coeficiente de semelhança, que permite detectar o grau de conexão dos diversos elementos estruturais da representação identificados na análise prototípica (DONATO et al., 2017).

Os dados quantitativos da pesquisa foram processados e analisados com o auxílio do programa Epi info 7 e do BioEstat 5.3 que descreveram as proporções das respostas por domínio de competência em promoção da saúde e possibilitou a busca

de associações entre variáveis, através do teste Exato de Fisher e do Teste G com nível de significância de 5%. Sendo a amostra do estudo considerada pequena, devem ser respeitados os critérios para a aplicação do teste convencional Qui-quadrado.

Segundo Conti (2009) em amostras pequenas ($n < 40$) o erro do valor de Qui-quadrado é alto e, portanto, o teste não é recomendável. Outro parâmetro adotado para substituir esse teste é que as frequências esperadas sejam menores do que cinco. Nestas condições, a substituição pode ser feita pelo Teste Exato de Fisher, que permite calcular a probabilidade de associação das características que estão em análise, ou seja, a probabilidade de tais características serem independentes, quando o número total de dados é pequeno.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Considera-se para fins éticos e legais do estudo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo os seres humanos e versa sobre a dignidade humana e a proteção aos participantes de pesquisas científicas. Sendo assim, buscou-se garantir os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, além de cuidados com a integridade dos participantes (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi apresentado aos participantes após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa para garantir os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência, e da justiça, além do sigilo dos dados fornecidos (BRASIL, 2012). O respondente manifestou a aceitação para participar da pesquisa de forma voluntária, assinando o termo, recebendo uma cópia também assinada pelo pesquisador, assegurando inclusive a liberdade de desistência quando desejar.

Ressalta-se que para o sigilo e segurança da identidade dos participantes da pesquisa, utilizou-se a letra “M” para formandos em mestrado e “R” para os residentes seguida de uma numeração (1, 2, 3, ...) para identificá-los durante a exposição dos resultados e discussões no delineamento do estudo.

O estudo faz parte de uma pesquisa de maior abrangência intitulada “Estudos sobre Promoção da Saúde nos Ambientes Educacional e de Trabalho” e apresenta Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA de número 2.005.435 (ANEXO B), a fim de cumprir as exigências formais da legislação que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo estão organizados a partir do perfil sociodemográfico dos participantes, seguido de um artigo científico proveniente das respostas dos discentes à TALP, representando os universos semânticos dos formandos sobre competências em promoção da saúde. Por fim, segue o tópico que se refere à mobilização e ao desenvolvimento de competências em promoção da saúde pelos cursos de pós-graduação analisados, segundo o CompHP, considerando os achados do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da RMSC e do MPSF e dos resultados do questionário.

Ressalta-se que o documento do PPC da RMSC era composto pela: apresentação do curso com justificativa, objetivos, as diretrizes pedagógicas, as parcerias, o núcleo docente estruturante, os cenários de prática, a infraestrutura, a metodologia de avaliação, o perfil de egresso e a matriz curricular.

O documento do PPC do MPSF era constituído pela apresentação do Projeto Pedagógico (objetivos e competências para o egresso), organização do curso, princípios, metodologia e estratégias educacionais aplicados ao currículo, desenho/matriz curricular e carga horária, sistema de avaliação da aprendizagem, sistema de avaliação curricular e as ementas dos módulos.

A exploração da leitura do PPC possibilitou a identificação dos domínios de competências em promoção da saúde e foram comparados com os achados no questionário validado que continha perguntas objetivas e discursivas aplicado aos formandos.

5.1 PERFIL DOS FORMANDOS DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Nesse estudo houve totalidade na participação dos formandos dos cursos do mestrado, sendo 19 participantes, e da residência, 15 participantes. Os cursos têm perfil multiprofissional.

O mestrado constitui de profissionais com formação em enfermagem (68,42%, n=13), odontologia (10,53%), medicina (5,26%), psicologia (5,26%), fisioterapia

(5,26%), e fonoaudiologia (5,26%), sendo 73,68% do sexo feminino. A residência apresenta profissionais com formação em biologia (20%), enfermagem (20%), fisioterapia (20%), educação física (20%), nutrição (13,34%) e farmácia (6,27%), sendo 60% do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1. Formação acadêmica dos participantes do estudo. Crato-CE, Brasil. 2019.

PROFISSÃO	RMSC	MPSF
MÉDICO	-	01
ODONTÓLOGO	-	02
FISIOTERAPEUTA	03	01
ENFERMEIRO	03	13
FONOAUDIÓLOGO	-	01
PSICÓLOGO	-	01
BIÓLOGO	03	-
FARMACÊUTICO	01	-
EDUCADOR FÍSICO	03	-
NUTRICIONISTA	02	-
TOTAL	15	19

FONTE: Elaborado pela autora.

Na perspectiva da formação acadêmica dos profissionais observa-se diferença significativa na distribuição dos mesmos entre um curso e outro ($p=0,001$). Há uma possibilidade dessa diferença ocorrer pelo número superior de enfermeiros no curso do MPSF, assim como pela diversidade de cargos em ambos os cursos.

A graduação dos participantes que cursam mestrado ocorreu no período de 1999 a 2014, sendo 2007 o ano modal de conclusão dos mestrados, e os residentes referem conclusão da graduação entre 2008 a 2017, sendo a moda o ano de 2015.

Na residência a idade mínima compreendeu a 24 anos e a máxima a 34 anos, com uma moda de 27 anos. Já no mestrado, a idade mínima constituiu de 27 anos e a máxima de 42 anos, com uma moda de 36 anos. Comparando-se as idades dos cursistas, percebe-se que os residentes são significativamente mais jovens ($p=0,0001$).

Percebe-se que a maioria dos residentes tem formação no ensino superior mais recente do que os mestrados, assim como são mais jovens, enquanto os mestrados têm graduação concluída há pelo menos cinco anos. É provável que essas diferenças estatísticas em relação ao tempo de formação e à idade se justifiquem pelo fato do

curso do MPSF exigir como pré-requisito o vínculo empregatício no âmbito da atenção primária em saúde. Isso porque, ao considerar o concorrido mercado de trabalho, é possível que seja tardio o ingresso do profissional no mestrado. Enquanto isso, a residência pode ser uma opção mais viável logo após a graduação, principalmente por oferecer além do aperfeiçoamento técnico-prático, remuneração durante os estudos.

A renda mensal dos formandos no curso do mestrado varia entre 1 a 3 salários mínimos (5,26%, n=1), 3 a 5 salários mínimos (63,16%, n=12), 6 a 8 salários mínimos (15,79%, n=3), 9 a 11 salários mínimos (10,53%, n=2), e mais de 11 salários (5,26%, n=1). Enquanto os residentes referem 1 a 3 salários mínimos (53,33%, n=8), 3 a 5 salários mínimos (33,33%, n=5), e 6 a 8 salários mínimos (13,33%, n=2). A renda mensal predominante dos mestrandos é significativamente maior do que a dos residentes, possivelmente pelo vínculo empregatício ($p=0,011$).

Em relação ao estado civil, a maioria dos mestrandos (52,63%, n=10) referiu estar casado, em menor proporção (26,32%, n=5) solteiro e outros (21,05%, n=4) em união estável. Em contrapartida, entre os residentes a maioria diz estar solteiro (86,67%, n=13) e uma minoria casado (13,33%, n=2). Observa-se uma diferença significativa na distribuição dos estudantes por curso em relação ao estado civil. Entre os mestrandos a maioria era casada ou em união estável e entre os residentes predominou o estado solteiro ($p=0,010$), provavelmente justificado pela diferença nas idades dos formandos dos cursos.

Entre os mestrandos, 68,42% (n=13) declararam-se pardos e 31,58% (n=6) brancos. Dentre os residentes 46,67% (n=7) afirmaram ser pardos, 40% (n=6) brancos, 6,67% (n=1) pretos e 6,67% (n=1) amarelos. Não há evidências suficientes para associar a cor ao tipo de curso ($p=0,260$).

Todos os mestrandos (100%) relataram já possuir como titulação pelo menos um curso de pós-graduação do tipo lato sensu, como também referiu a maioria dos residentes (93,33%), e um residente mencionou título de mestre (6,67%). Sendo assim, são profissionais que demonstram estar buscando aperfeiçoamento constante e que apostam nos cursos de pós-graduação em saúde no intuito de preencher as prováveis lacunas da graduação.

5.2 ARTIGO CIENTÍFICO: UNIVERSOS SEMÂNTICOS SOBRE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRIBUÍDOS PELOS FORMANDOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Leilane Andrade Albuquerque Alencar¹, Estelita Lima Cândido², Maria Rosilene Cândido Moreira².

¹ Universidade Regional do Cariri (URCA)

² Universidade Federal do Cariri (UFCA)

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a percepção dos formandos de cursos de pós-graduação em saúde sobre competência em promoção da saúde. **MÉTODO:** Estudo qualitativo e descritivo, realizado nos cursos da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde da Família em uma cidade do sul do Ceará. Participaram todos os formandos, totalizando 34 participantes. Aplicou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras com o estímulo “competência em promoção da saúde” e solicitado a evocação de cinco palavras. Os dados foram processados pelo IRAMUTEQ e realizadas a análise prototípica e análise de similitude. **RESULTADOS:** Na análise prototípica, a palavra “habilidade” foi a mais citada por ambos os cursos para descrever “competência em promoção da saúde”. Na residência, o núcleo central definiu que para desenvolver “competência em promoção da saúde” é preciso “conhecimento” e “habilidade” para realizar uma assistência com “humanização”. No mestrado, o núcleo formou-se pela associação da “habilidade” vinculada a obtenção de “conhecimento” que possibilitem a “prevenção” e a “promoção” da “saúde” em um território e comunidade. Na análise de similitude, observa-se, no geral, que os formandos compreendem que para desenvolver competência em promoção da saúde é importante buscar por “conhecimento” atrelado à “técnica” através de “capacitação” para aperfeiçoamento profissional e estar apto para “avaliar” os resultados das ações em promoção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os formandos têm uma concepção sobre “competência em promoção da saúde” semelhante aos achados na literatura. Ambos os cursos contribuíram para a sensibilização e compreensão na perspectiva da promoção da saúde.

Descritores: Competência profissional. Promoção da Saúde. Educação de Pós-graduação. Educação Permanente.

INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo está cada vez mais exigente para o mercado de trabalho e, portanto, os trabalhadores precisam estar aptos para acompanhar essas mudanças a partir de suas competências profissionais.

Nascimento e Oliveira (2010) destacam que ao longo dos anos o conceito de competência vem sofrendo mudanças, transitando entre uma formação técnica, através de uma linha comportamentalista/behaviorista, para um enfoque dialógico, articulando tarefas e recursos cognitivos, afetivos e psicomotores.

Perrenoud (1999) é um dos principais articuladores da educação voltada para a competência e a define como a associação de conhecimento, habilidades e atitudes para se planejar e executar ações em dimensões específicas da prática, apresentando a capacidade de mobilizar esses saberes teóricos, habilidades profissionais e experiências vivenciadas para garantir a solução de problemas concretos.

No âmbito da saúde, diante dos desafios para se implementar a promoção da saúde devido a uma assistência ainda com enfoque no modelo biomédico, faz-se necessária competência técnica-científica dos atores envolvidos para o fortalecimento dessas ações em promoção da saúde.

Em 2008, na Conferência de Galway definiu oito domínios de competências em promoção da saúde (ALLEGIANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009) e, baseado nessa conferência, europeus construíram o documento intitulado Competências Principais em Promoção da Saúde - CompHP que define nove domínios de Competências de Promoção da Saúde (CPS), desenvolvido por meio do projeto “Desenvolvendo Competências e Padrões Profissionais para a Construção da Capacidade em Promoção da Saúde na Europa (CompHP)” (PINHEIRO et al., 2015; SPELLER et al., 2012).

Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011) ressaltam que competência é uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que proporcionam ao indivíduo um embasamento para a execução de atividades diárias. Estes autores definiram um

documento denominado CompHP que propõem as competências essenciais em promoção da saúde e delimitam domínios, são eles: “Possibilidade de mudanças”; “Advocacia em saúde”; “Parceria”; “Comunicação”; “Liderança”; “Diagnóstico”; “Planejamento”; “Implementação”; “Avaliação e Pesquisa”, e ainda o “Conhecimento” e os “Valores éticos” que permeiam todos esses domínios, com a finalidade de buscar a padronização das práticas e o fortalecimento das ações em promoção da saúde.

Para Fernandes et al. (2012), competência é definida como a produção de conhecimentos, habilidades e atitudes que associados possibilitam ao indivíduo o aperfeiçoamento da utilização dos recursos cognitivos e técnicos para diagnosticar, tratar, favorecer menor morbidade ao doente e menor custo às instituições e aumentar a qualidade de vida das pessoas.

Assim, é importante buscar por uma formação que favoreça para o desenvolvimento de capacidades no sentido de adquirir as competências quanto ao conhecimento em suas dimensões cognitivas, procedimentais e atitudinais pode orientar a integralidade do cuidado com o outro (ROCHA, 2015).

Na perspectiva da formação profissional, o objetivo desse estudo foi analisar o universo semântico sobre competência em promoção da saúde atribuídos pelos formandos de cursos de pós-graduação em saúde. Compreender a existência dessas competências e se apropriar delas pode contribuir para o aperfeiçoamento profissional e para uma atenção de qualidade e efetiva em saúde.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa com abordagem analítica e descritiva, desenvolvido no período de maio de 2018 a outubro de 2019 na Universidade Regional do Cariri (URCA), integrando os Programas de Pós-Graduação em Saúde de perfil multiprofissional, sendo a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC), *lato sensu*, e o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), *stricto sensu*.

Para a coleta de dados foi aplicada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) em sala de aula, coletivamente, em dias e horários disponibilizados pelos coordenadores e docentes dos cursos. A TALP atua diretamente sobre a estrutura

psicológica dos indivíduos a partir de estímulos indutores e ao responder às induções, pode demonstrar os aspectos de personalidade, compreensões ou representações do participante acerca do indutor (TAVARES et al., 2014; COUTINHO; BÚ, 2017). Em resumo, a técnica pode consistir em “apontar um termo indutor para o qual o sujeito deverá responder escrevendo a primeira palavra que lhe vier à mente” (VIEIRA, 2019, p.271).

Nesse estudo, foi utilizado o estímulo indutor “competências em promoção da saúde” e solicitado como resposta cinco evocações para esse estímulo. Dessa forma, possibilitou a representação dos formandos sobre os universos semânticos em alusão à competência em promoção da saúde.

Os dados foram processados por meio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Posteriormente, foi realizada a análise prototípica que corresponde ao cálculo de frequências e ordens de evocação das palavras (WACHELKE; WOLTER, 2011) e a análise de similitude que possibilita identificar as coocorrências e conexão entre as palavras, favorecendo a identificação da estrutura da representação (CAMARGO; JUSTO, 2013).

No quadro de quatro casas oriundo da análise prototípica, o quadrante superior esquerdo (QSE) apresenta as evocações de maior frequência e de menor ordem média de evocação (OME), ou seja, que vieram rapidamente à mente e foram citadas muitas vezes, indicando o provável núcleo central. No quadrante superior direito (QSD) estão os termos com alta frequência, porém maior OME, podendo contribuir no fortalecimento dos elementos do núcleo central, sendo denominado de primeira periferia. Em contrapartida, na segunda periferia, o quadrante inferior esquerdo (QIE) possui conteúdos com baixa frequência e menor OME, denominado de zona de contraste, em que, às vezes, pode surgir um subgrupo representacional. Por fim, o quadrante inferior direito (QID) é constituído pelos termos menos evocados e de maior ordem média, sendo os de menor importância para a representatividade (SANTOS et al., 2017).

Para os dados provenientes do perfil sociodemográfico dos formandos foi utilizado o programa Bioestat e o Teste G para verificar as diferenças estatísticas entre os cursos.

Considera-se para fins éticos e legais do estudo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo faz parte de uma

pesquisa de maior abrangência intitulada “Estudos sobre Promoção da Saúde nos Ambientes Educacional e de Trabalho” e apresenta Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA de número 2.005.435, a fim de cumprir as exigências formais da legislação que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DOS PARTICIPANTES

Nesse estudo houve totalidade na participação dos formandos dos cursos do mestrado, sendo 19 participantes, e da residência, 15 participantes. Os cursos têm perfil multiprofissional com predominância do sexo feminino (73,68% no mestrado; 60% na residência). O mestrado constitui de profissionais com formação em enfermagem (68,42%, n=13), odontologia (10,53%, n=2), medicina (5,26%, n=1), psicologia (5,26%, n=1), fisioterapia (5,26%, n=1), e fonoaudiologia (5,26%, n=1). A residência apresenta profissionais com formação em biologia (20%, n=3), enfermagem (20%, n=3), fisioterapia (20%, n=3), educação física (20%, n=3), nutrição (13,34%, n=2) e farmácia (6,27%, n=1). A graduação dos residentes é mais recente do que dos mestrados, constituindo uma moda de 2015 e de 2007 para o ano de conclusão, respectivamente.

Na residência a idade mínima compreendeu a 24 anos e a máxima a 34 anos, com uma moda de 27 anos. Já no mestrado, a idade mínima constituiu de 27 anos e a máxima de 42 anos, com uma moda de 36 anos.

Em relação ao estado civil, 52,63% (n=10) dos mestrados referiram estarem casados, 26,32% (n=5) estarem solteiros e 21,05% (n=4) em união estável; em contrapartida, apenas 13,33% (n=2) dos residentes relataram estarem casados e 86,67% (n=13) solteiros. Esse item demonstrou uma significância nos dados estatísticos ($p=0,010$), provavelmente pela diferença nas idades dos formandos dos cursos, haja vista a maioria dos residentes serem mais jovens do que os mestrados.

Entre os mestrandos, 68,42% (n=13) declaram cor parda e 31,58% (n=6) branca, e dentre os residentes 46,67% (n=7) parda, 40% (n=6) branca, 6,67% (n=1) preta e 6,67% (n=1) amarela, não apresentando diferença significativa entre os formandos ($p=0,260$).

Os mestrandos relataram já possuir como titulação pelo menos um curso de pós-graduação do tipo *lato sensu*, como também referiu a maioria dos residentes (93,33%), e um residente mencionou título de mestre (6,67%). Nesse sentido, demonstram que são profissionais que buscam constantemente aperfeiçoamento e que apostam nos cursos de pós-graduação em saúde no intuito de preencher as prováveis lacunas da graduação.

REPRESENTAÇÃO SEMÂNTICA DOS FORMANDOS DE PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE COMPETÊNCIA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em resposta ao estímulo “competência em promoção da saúde”, os formandos evocaram um total de 165 palavras. No mestrado surgiram 95 palavras, cinco destas em destaque, no que concerne à OME e à frequência de surgimento da palavra (Figura 1), e na residência emergiram 70 evocações, sendo 3 com maior evidência (Figura 2).

Na análise prototípica das evocações dos mestrandos, a ordem média geral de evocações foi de 2,76, que definiu a localização das palavras nos quadrantes esquerdos e direitos, enquanto que a frequência média de evocações foi de 3,1, estabelecendo a distribuição das palavras nos quadrantes superiores e inferiores.

No curso do mestrado, o QSE confere o provável núcleo central (SANTOS et al., 2017) para o estímulo “competência em promoção da saúde” a partir das palavras “conhecimento” ($f=6$; $OME=2,5$), “habilidade” ($f=6$; $OME=1,5$), “prevenção” ($f=5$; $OME=1,8$), “saúde” ($f=4$; $OME=2,5$) e “promoção” ($f=4$; $OME=1,8$) (Quadro 1).

A palavra de maior frequência e que foi citada mais prontamente pelos mestrandos foi “habilidade” ($f=6$; $OME=1,5$), ou seja, pode-se considerar como o termo com maior valor semântico para o estímulo “competência em promoção da saúde” no curso do mestrado. Outrossim, essa palavra está vinculada a obtenção de

“conhecimento” que possibilitem a “prevenção” e a “promoção” da “saúde” em um determinado território e comunidade.

Na primeira periferia, aparece ainda a palavra “cuidado” ($f=6$; $OME=3,7$) com uma maior OME, porém com alta frequência e que pode fortalecer o núcleo central. A oferta do “cuidado” pode estar relacionada com o “conhecimento” e a “habilidade” do profissional em assistir com qualidade ao paciente.

Nesse sentido, a competência é uma habilidade que o profissional desenvolve para atuar e assistir com segurança, acompanhando as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades presentes no mundo contemporâneo, além de reconhecer que o conhecimento não pode ser esgotado na educação “formal”, tampouco na vivência diária (SALUM; PRADO, 2014). Portanto, não basta deter o conhecimento, é preciso saber usá-lo ou mobilizá-lo para a tomada de decisões e resolução de problemas com segurança, agilidade e tranquilidade (DIAS et al., 2018b).

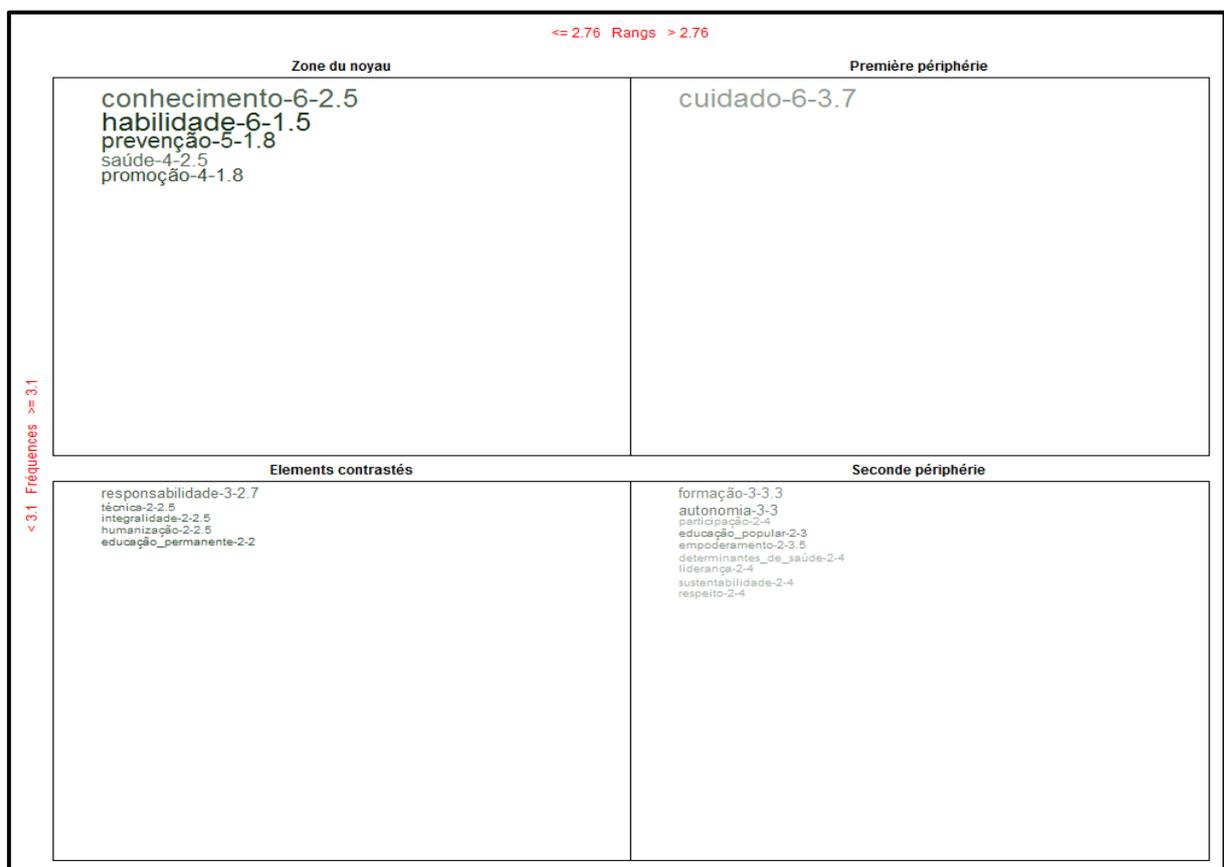


FIGURA 1 – Análise prototípica das evocações da TALP apresentadas no curso do mestrado. Crato-CE. 2019.

FONTE: Quadro elaborado pelo *software* IRAMUTEQ.

Na zona de contraste (QIE) estão as palavras de menor frequência, porém que vieram à mente mais rapidamente para serem citadas, podendo inferir também sua importância semântica para o estímulo utilizado. As evocações que surgiram foram “responsabilidade” ($f=3$; OME=2,7), “técnica” ($f=2$; OME=2,5), “integralidade” ($f=2$; OME=2,5), “humanização” ($f=2$; OME=2,5) e “educação permanente” ($f=2$; OME=2). Nesse contexto, subentende-se a associação da “competência em promoção da saúde” com a importância da implementação da educação permanente em saúde a fim de aperfeiçoar a técnica profissional, buscando uma assistência responsável que priorize a integralidade e a humanização no cuidado.

A educação permanente em saúde se constitui como uma estratégia que visa a transformação das práticas profissionais, o fortalecimento do trabalho em equipe e a problematização da saúde que considere as necessidades da população, propiciando a ampliação da capacidade resolutiva em saúde (PUGGINA et al., 2015)

No estudo de Leonello, Vieira, Duarte (2018), no que concerne a dimensão assistencial, é necessário realizar um cuidado integral e holístico, praticando a intersectorialidade, além de promover estratégias educacionais com grupos e avaliar esses processos educativos a fim de analisar o impacto dessas ações e melhorá-las posteriormente.

Na segunda periferia, no QID, estão as evocações que sugerem menor representatividade conceitual para o grupo. As evocações foram: “formação” ($f=3$; OME=3,1), “autonomia” ($f=3$; OME=3), “participação” ($f=2$; OME=4), “educação popular” ($f=2$; OME=3), “empoderamento” ($f=2$; OME=3,5), “determinantes de saúde” ($f=2$; OME=4), “liderança” ($f=2$; OME=4), “sustentabilidade” ($f=2$; OME=4), “respeito” ($f=2$; OME=4).

Na análise prototípica das evocações dos residentes, a ordem média geral de evocações foi de 3,05, que definiu a localização das palavras nos quadrantes esquerdos e direitos, enquanto que a frequência média de evocações foi de 2,93, determinando a distribuição das palavras nos quadrantes superiores e inferiores.

No curso da residência (Quadro 2), o núcleo central reconhecido pelas evocações do quadrante superior esquerdo foi formado pelas palavras “habilidade” ($f=6$; OME=2,2), “conhecimento” ($f=5$; OME=2,4) e “humanização” ($f=4$; OME=1,8).

O termo em maior destaque para o núcleo, no que se refere à frequência e à OME foi “habilidade” ($f=6$; OME=2,2). O núcleo central apresenta como possível

interpretação que para desenvolver “competência em promoção da saúde” é preciso “conhecimento” e “habilidade” a fim de realizar uma assistência com “humanização”.

No QSD surgiu o termo “ética” ($f=3$; OME=4,7) com alta frequência, entretanto maior OME. A ética pode estar dando ênfase ao núcleo central por estar associada à forma do agir profissional, enaltecendo a humanização na assistência.

A ética constitui os valores que embasam a forma como os profissionais agem dentro e fora do seu trabalho. A postura ética deve ser adotada pelos profissionais frente às diversas circunstâncias e vivências no trabalho, incluindo as ações técnicas, relacionais ou comunicacionais. E apesar do processo de desenvolvimento dos valores éticos serem gradativos e à longo prazo, a educação permanente muito pode contribuir para incitar nessa direção (SALUM; PRADO, 2014).

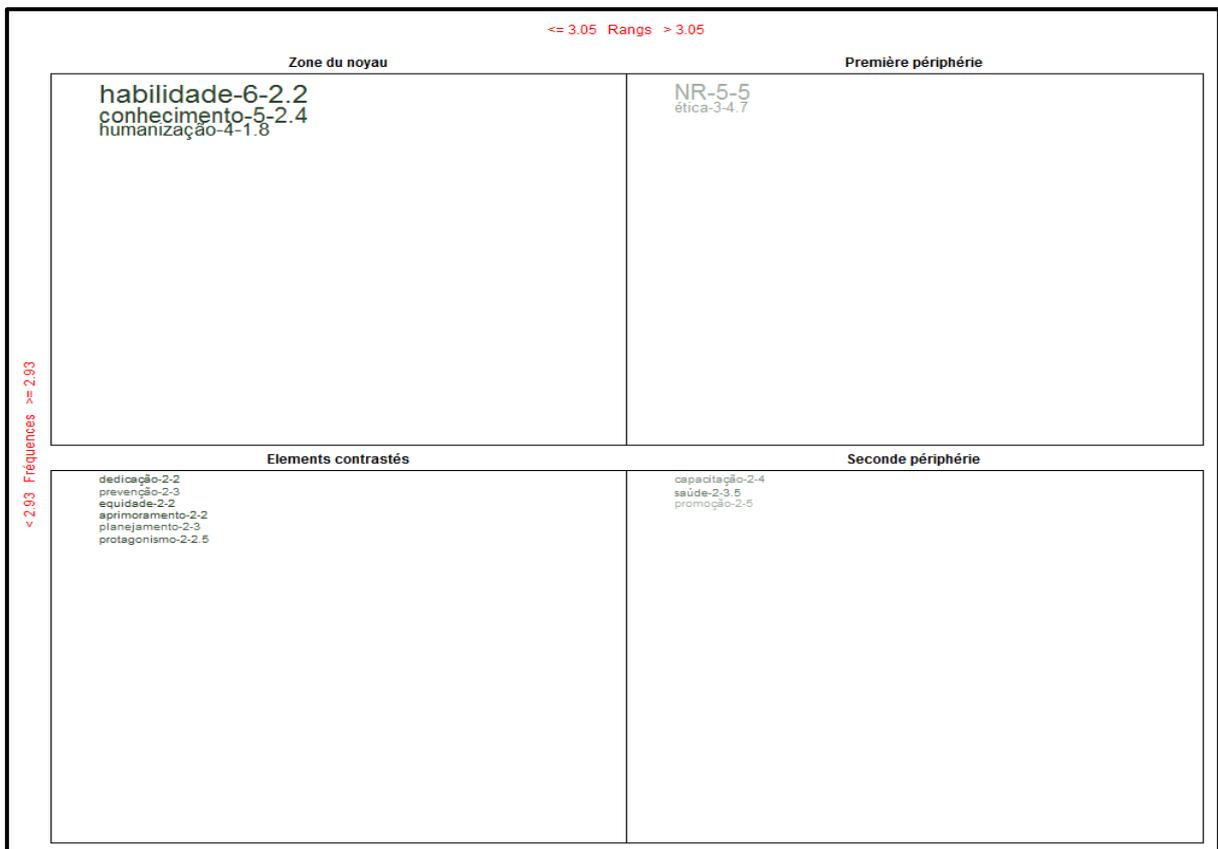


FIGURA 2 – Análise prototípica das evocações da TALP apresentadas no curso da residência. Crato-CE. 2019.

FONTE: Quadro elaborado pelo *software* IRAMUTEQ.

LEGENDA: NR = não referida.

Na segunda periferia, analisando a zona de contraste, elucida-se a presença de alguns termos que inferem fatores importantes para um promotor da saúde

competente, como a “dedicação” ($f=2$; OME=2) do profissional para ações em promoção da saúde; a busca constante pelo “aprimoramento” ($f=2$; OME=2) profissional teórico-prático; o “planejamento” ($f=2$; OME=3) das ações, definindo os objetivos, metas e todo o percurso da ação, a fim de garantir melhores resultados em promoção da saúde; o “protagonismo” ($f=2$; OME=2,5) que pode indicar um posicionamento de liderança e proatividade; o agir direcionado para a “prevenção” ($f=2$; OME=3) de riscos e agravos; e o agir com “equidade” ($f=2$; OME=2) para assistir conforme as necessidades de saúde individuais e coletivas.

Na sequência, o QID constituiu-se das palavras “capacitação” ($f=2$; OME=4), “saúde” ($f=2$; OME=3,5) e “promoção” ($f=2$; OME=5), sendo assim, as de maior OME e menor frequência, caracterizando menor significância conceitual para a residência (Quadro 2).

Na Figura 3, efetuou-se a análise de similitude com o corpus evocativo completo, comparando-se as coocorrências e força de conexão por cada curso investigado, buscando obter a compreensão global acerca dos universos semânticos sobre competência em promoção da saúde, assim como verificar as interseções de sentido em ambos os cursos. Assim, pode-se alcançar uma compreensão sobre aquilo que a análise prototípica isoladamente não foi capaz de atribuir.

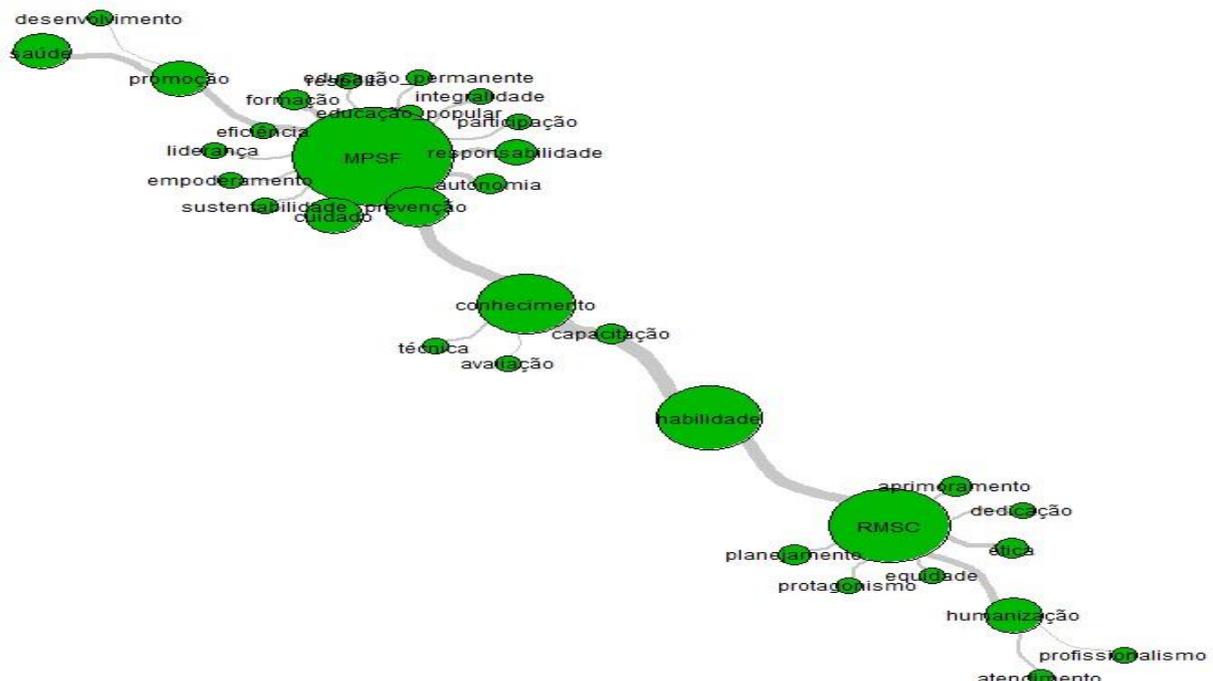


FIGURA 3. Análise de similitude das evocações livres dos formandos do curso de mestrado e residência para o estímulo indutor “competência em promoção da saúde”, Crato, Ceará, Brasil, 2019.
FONTE: Elaborado pelo software IRAMUTEQ.

Observa-se que a palavra “habilidade” foi a de maior importância em ambos os cursos, no que concerne à frequência e a OME. Junto a palavra “habilidade”, o “conhecimento” também se destacou e compôs o núcleo central de ambos os cursos. Dessa forma, a representação semântica entre os cursos sobre “competência em promoção da saúde” está relacionada ao conhecimento e a habilidade que os profissionais apresentam para desempenhar as ações em promoção da saúde.

Os formandos do mestrado e da residência também reconhecem em comum, porém em menor frequência, que para desenvolver competência em promoção da saúde é importante buscar por um “conhecimento” atrelado à “técnica” a partir de “capacitação” para aperfeiçoamento profissional e, por fim, estar apto para “avaliar” sempre os resultados das ações em promoção da saúde, visando perceber o alcance dessas e aprimorá-las posteriormente.

Capacitar o profissional da saúde requer a articulação de vários saberes para o seu enriquecimento teórico e prático, explorando todas suas capacidades (SALUM; PRADO, 2014). Enquanto isso, as iniciativas avaliativas são essenciais para o aprimoramento e melhoria das ações em saúde no país com ênfase na mudança do modelo de atenção a partir da incorporação das práticas de promoção da saúde, especialmente, na APS (TEIXEIRA et al., 2014).

À luz do CompHP, para se promover saúde é preciso adquirir competências a fim de nortear a prática e garantir mais efetividade nas ações em promoção da saúde. Os domínios para os promotores da saúde são: “Valores éticos” e “Conhecimento” permeando os demais domínios; “Possibilidade de mudanças”; “Advocacia em saúde”; “Parceria”; “Comunicação”; “Liderança”; “Diagnóstico”; “Planejamento”; “Implementação”; “Avaliação e Pesquisa” (PINHEIRO et al., 2015).

Ao explorar a figura 1 que nos remete à análise de similitude dos cursos, identificam-se termos como “liderança”, “autonomia”, “empoderamento”, “participação”, “respeito”, “eficiência”, “integralidade”, “cuidado” e “responsabilidade” que surgiram no mestrado, além de “ética”, “equidade”, “planejamento”, “atendimento” e “protagonismo” que emergiram na residência, apesar da baixa frequência e/ou maior ordem de evocação, conformam com alguns domínios de competências em promoção da saúde propostos por Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011).

Assim, infere-se o domínio de “Possibilidade de Mudanças” vinculado aos termos “autonomia”, “empoderamento” e “participação” oriundos do mestrado, uma vez que se refere à capacitação de indivíduos e/ou coletividades para promoção da

saúde, estimulando a participação social para o desenvolvimento da autonomia e empoderamento desses sobre sua saúde; o domínio “Liderança” associado aos termos “liderança” e “responsabilidade” citados pelo mestrado, e “protagonismo” pela residência, sendo a capacidade de desenvolver uma visão compartilhada, propor estratégias e soluções e realizar tomada de decisões; o domínio “Planejamento”, citado apenas pelos residentes, referindo-se à capacidade de traçar objetivos e metas para uma determinada ação em promoção da saúde; o domínio “Implementação” vinculado aos termos “eficiência”, “integralidade”, “cuidado” no mestrado, e “atendimento” na residência, pois se refere à realização de ações de promoção da saúde efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas; e o domínio “Valores éticos” a partir das palavras “ética” e “equidade” manifestadas na residência e “respeito” citada no mestrado, enfatizando a capacidade de utilizar valores e princípios éticos para a promoção da saúde, incluindo a equidade, a justiça social e o respeito às escolhas individuais ou coletivas (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Outrossim, com maior frequência e menor ordem de evocação, o termo “conhecimento” elucida o domínio “Conhecimento”, que se refere aos saberes essenciais em promoção da saúde e conseguir aplicá-lo na prática, permeando todos os outros domínios (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Por fim, observa-se ainda que o curso MPSF apresenta mais evocações diferentes do que a RMSC. Pode-se inferir que o mestrado oferece uma maior quantidade em conteúdo para definir o estímulo conferido pela TALP. Todavia, deve-se lembrar que o número de formandos no mestrado é um pouco superior ao de residentes. Sendo assim, considera-se que ambos os cursos apresentaram uma boa representatividade na construção de universos semânticos referente à “Competência em Promoção da Saúde”.

Ressalta-se que a competência advém da práxis e de um modelo de educação que prepare o profissional para enfrentar a dinâmica do mundo do trabalho, estando capaz de contextualizar o conhecimento amplo com a realidade do território e da sociedade que vive em constante transformação (SALUM; PRADO, 2014).

Essa dinâmica da educação deve proporcionar não só o crescimento das potencialidades individuais do profissional, mas, sobretudo, para incentivar o trabalho coletivo com a finalidade de que se fortaleça a segurança e a qualidade no cuidado por integrar suas capacidades às da equipe, aumentando o nível de atuação no que se refere à complexidade e diversidade da assistência em saúde (OLIVEIRA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, percebe-se a contribuição dos cursos da residência multiprofissional em saúde e do mestrado profissional em saúde para a sensibilização e compreensão dos formandos quanto à competência em promoção da saúde.

Embora tenham ocorrido respostas diversas dos formandos para o estímulo “competência em promoção da saúde”, elas coadunam com as principais definições de competências encontradas na literatura. Isso porque, os participantes relacionam, no geral, a competência com a capacidade de obter e utilizar conhecimentos e habilidades para desenvolver ações em promoção da saúde de forma a garantir uma assistência responsável, humanizada, ética, equânime, integral e eficiente.

Além disso, os formandos de ambos os cursos demonstram perceber a importância da educação permanente em saúde para o desenvolvimento dessas competências em promoção da saúde, uma vez que vinculam o conhecimento à capacitação e, ainda, elucidam esse pensamento quando citam, separadamente, os termos “educação permanente” e “aprimoramento”, no mestrado e na residência, respectivamente.

Esse estudo buscou provocar a reflexão sobre a importância de abordar e estimular o desenvolvimento das competências em promoção da saúde durante a formação dos profissionais de saúde para que adquiram a consciência sobre essas e possam incorporá-las no processo de trabalho, visando consolidar a promoção da saúde nos serviços de saúde.

Como limitação do estudo, percebe-se que apenas a utilização da metodologia da TALP restringe a nossa avaliação sobre a representação social e o desenvolvimento de competências em promoção da saúde pelos discentes de cursos de pós-graduação.

Sugere-se a realização de pesquisas com outros processos metodológicos que enriqueçam os resultados para uma maior discussão sobre a temática a fim de reconhecer as potencialidades e fragilidades na formação em saúde no que concerne à construção de uma representação semântica ampliada e ao desenvolvimento de competências em promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEGGRANTE, J. P. et al. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Education & Behavior**, p. 427–438, 2009. Disponível em: <https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2265/2009_ja_credentialing_in_hp_heb_36.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

BANDINI, M.; GERMANI, A.C.C.G. Competências Requeridas para os Promotores de Saúde. **Revista Proteção**. 01 abr. 2015. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/artigos_marcia_bandini_11620151450457055475.pdf> Acesso em 28 de set de 2019.

BARRY, M. M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, 16(2), 05-11, 2009. Disponível em: <https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2281/2009_ja_galway_consensus_ghp_162.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 05 de maio de 2018.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2013.

COUTINHO, M.P.L.; BÚ, E. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do *software* tri-deuxmots (version 5.2). **Rev Campo Saber**. 2017.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M.M. **The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook**. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011. Disponível em: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/nerovnosti/2011/5._CompHP_Core_Compencies_Framework_for_Health_Promotion_Handbook_revised.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

DIAS, E.C.; CHIAVEGATTO, C.V.; OLIVEIRA, R.B.; BANDINI, M. **Competências essenciais requeridas para o exercício da medicina do trabalho**: revisão 2018 – 3. ed. – São Paulo, SP: ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2018b.

FERNANDES, C.R. et al. Currículo Baseado em Competências na Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 36 (1) : 129 – 136 ; 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a18v36n1.pdf>>. Acesso em: 15 de set. de 2018.

LEONELLO, V.M.; VIEIRA, M.P.M.; DUARTE, T.C.R. Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018;71(3):1136-42.

NASCIMENTO, D.D.C., OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, p. 814-827, 2010. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/3815>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

OLIVEIRA, E.C. UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DO PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO (PPC) DO CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR. **ADMINISTRAÇÃO: ENSINO E PESQUISA**. Rio De Janeiro. V. 17 No 3 P. 403–437. SET-OUT-NOV-DEZ, 2016.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

PINHEIRO, D. G. M. et al. Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. **Saude soc.**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

PUGGINA, C.C.; AMESTOY, S.C.; FERNANDES, H.N.; CARVALHO, L.A.; BÃO, A.C.P.; ALVES, F.O. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMEIROS. **REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE**. Londrina, v. 16, n. 4, p. 87-97. out/dez. 2015.

ROCHA, R.M. **Formação em Promoção da Saúde: estudo de egressos do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social**. Rio de Janeiro, 2015, 145f.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 301-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>.

SANTOS, C.S.; GOMES, A.M.T.; SOUZA, F.S.; MARQUES, S.C.; LOBO, M.P.; DE OLIVEIRA, D.C. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças

negligenciadas. **Esc. Anna Nery**, vol.21, no.1, Rio de Janeiro, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170016>.

SPELLER, V. et al. **The CompHP professional standards for health promotion handbook**. Paris: IUHPE, 2012. Disponível em: <http://www.salutare.ee/files/CompHP_standards_handbook_final.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

TAVARES, D.W.S. et al. PROTOCOLO VERBAL E TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Rev. Ponto de Acesso**, Salvador, 2014.

TEIXEIRA, M.B.; CASANOVA, A.; OLIVEIRA, C.C.M.; ENSGTROM, E.M.; BODSTEIN, R.C.A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 52-68, OUT 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S005.

VIEIRA, V.M.O. Contribuições da técnica de “associação livre de palavras” para a compreensão da sexualidade na adolescência. **Revista Espaço Pedagógico**. Passo Fundo, p. 260-281, 2019. Disponível em <www.upf.br/seer/index.php/rep>.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília. 2011.

5.3 CONTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

5.3.1 VALORES ÉTICOS

Os valores éticos se configuram na capacidade de utilizar valores e princípios éticos para a promoção da saúde, incluindo a equidade e a justiça social, o respeito à autonomia e às escolhas, no âmbito individual e coletivo (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Durante a análise documental dos PPC dos cursos RMSC e MPSF, os documentos demonstraram a proposta de incentivo para o domínio dos “valores éticos” (Quadro 1). Os valores éticos são partes integrantes da prática da promoção da saúde e formam o contexto dentro do qual todas as outras competências são praticadas (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Um projeto pedagógico de curso deve contemplar não só o conhecimento técnico-científico, mas, também, o compromisso ético-político com aspectos relacionados à cidadania e emancipação dos sujeitos e coletividades (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Quadro 1. Domínio “Valores Éticos” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO
VALORES ÉTICOS	“Refletir permanentemente sobre os aspectos éticos envolvidos no processo de trabalho em saúde.” (p.13);	“Atuar na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da integralidade e humanização da atenção básica.” (p.11);
	“[...] um perfil caracterizado por uma formação humanista [...] norteada por princípios éticos e legais [...]” (p.25);	“Os aspectos éticos do projeto com base na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.” (p.30);
	“[...] respeitando os princípios éticos envolvidos na atenção à saúde, atento à repercussão de seus atos profissionais sobre os serviços [...]” (p.25).	“Aspectos éticos inseridos no processo de produção do conhecimento.” (p.34).
	“[...] orientados por valores sociais, morais, éticos e estéticos próprio de uma sociedade plural e democrática.” (p.28)	

FONTE: Elaborado pela autora.

Percebe-se a preocupação dos cursos da RMSC e do MPSF em desenvolver nos profissionais uma formação norteada pelos princípios éticos e legais tanto no âmbito da pesquisa, quanto na prática com a comunidade, respeitando as diversidades sociais e a autonomia do indivíduo e reconhecendo a importância do agir profissional na qualidade da assistência.

Quando aplicado o questionário para os formandos, em ambos os cursos para “valores éticos”, a maioria respondeu “já possuía e aprimorei”. Em menor proporção, afirmaram que não possuíam essa capacidade, entretanto, desenvolveram durante o curso de pós-graduação no qual estão inseridos. Apenas 6,67% dos residentes e 5,26% dos mestrados relataram que já possuíam essa competência e não a aprimoraram durante o curso. A análise de dependência indica que não há diferença significativa nas respostas por curso ($p=1,00$) (Tabela 2).

Nos discursos dos residentes, observou-se o reconhecimento do desenvolvimento ou aprimoramento dos valores éticos a partir das experiências adquiridas com o contato com a comunidade e sua diversidade e ainda com as relações profissionais:

“Incentivo ao trabalho em equipe” (R1).

“Os desafios diários dos diversos cenários me estimularam a desenvolver esses valores” (R7).

“Pela vivência com as necessidades de saúde das pessoas, visualizando os princípios do SUS, como equidade por exemplo” (R12).

Tabela 2. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Valores Éticos”. Crato-CE, Brasil. 2019.

VALORES ÉTICOS	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	N	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	12	80	16	84,21	1,00
Já possuía e não aprimorei	1	6,67	1	5,26	---
Não possuía e desenvolvi	2	13,33	2	10,53	1,00
Não possuía e não desenvolvi	0	0	0	0	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

No curso do MPSF, relataram que o compartilhamento de experiências entre os docentes e discentes sobre situações-problema que evidenciassem a postura ética profissional, o módulo em promoção da saúde que incluiu as questões éticas, assim como a discussão de casos favoreceram ao desenvolvimento e/ou aprimoramento dos valores éticos em promoção da saúde.

“No mestrado somos estimulados a conviver com as diversidades e a respeitar as diferenças, opiniões, a debater dúvidas e problemas de forma justa e ética. Aprendemos abordando casos e questões que abordam problemas sociais frequentes e negligenciados, para despertar nossa atenção as mazelas de todos, mas com equidade ter um olhar especial para as minorias desprivilegiadas” (M4).

“Através das experiências e vivências compartilhadas pelos facilitadores dos módulos e colegas mestrandos” (M7).

“Na minha prática profissional sempre busquei atuar dentro dos preceitos da ética e da moral respeitando os usuários sob meus cuidados e procurando entender primeiramente suas necessidade antes de intervir. O mestrado reforçou isso por meio dos diversos relatos de experiências exitosas dos colegas na comunidade. Acredito que o compartilhamento de experiências e a avaliação das nossas condutas pelos professores auxiliaram bastante na construção de práticas mais éticas” (M8).

“(...) Tivemos o módulo de promoção da saúde no qual os aspectos éticos também foram discutidos. Fomos instigados a realizar uma prática de promoção com o nosso público e pude pôr em prática estes aspectos: respeito a autonomia do grupo, considerando as suas necessidades e realizando um trabalho de forma participativa e colaborativa” (M16).

Nessa perspectiva, a proposta presente no documento do PPC dos cursos em desenvolver ou aprimorar uma postura ética nos formandos perante suas práticas assistências e/ou gerenciais nos serviços de saúde, assim como na realização de pesquisas científicas, foi contemplada pela maioria dos formandos, uma vez que reconhecem em seus discursos o estímulo para o desenvolvimento ou aperfeiçoamento desse domínio durante a formação.

“Ser ético no processo de trabalho implica em ter compromisso, corresponsabilidade, participação na esfera de decisão, respeito ao outro, às regras

estabelecidas e aprovadas por uma decisão democrática e busca pela autonomia.” (SALUM; PRADO, 2014, p. 307).

Salum e Prado (2014) perceberam que a educação permanente não só favoreceu ao desenvolvimento da competência técnica, como também da competência relacional/comunicacional e ética/política, embora cada competência tenha sido percebida de forma distinta pelos profissionais. Essa articulação da competência ética, política e técnica proporciona que o profissional se torne um agente de transformação social e, assim, promova melhorias em saúde.

É importante destacar que o ensino da ética se torna fundamental para a preparação do discente para as relações em equipe de trabalho e com os indivíduos e coletividades para atuar com autonomia e efetivar o cuidado humanizado, digno, equânime e justo (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

Infere-se que os cursos em questão favoreceram o aperfeiçoamento ou desenvolvimento dos valores éticos nos profissionais. No entanto, segundo Salum e Prado (2014), esses valores éticos são adquiridos à longo prazo e têm relação com a subjetividade do indivíduo, demonstrando mudanças de atitudes de forma gradativa. Assim, o estímulo para o desenvolvimento desses valores éticos durante a formação em saúde podem ser perceptíveis nas práticas laborais em saúde, mesmo que de forma gradual.

5.3.2 CONHECIMENTO

Segundo Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2011), o domínio conhecimento descreve os conceitos centrais e os princípios que caracterizam a promoção da saúde e suas aplicações na prática laboral e permeiam os demais domínios de competências.

Nos PPC, durante a análise documental, observou-se que o domínio conhecimento é inerente as etapas e atividades propostas dos cursos em estudo a fim de embasar a prática direcionada à promoção da saúde. Identificou-se trechos dos documentos que continham este domínio (Quadro 2) e neles o conhecimento está relacionado à conceitos, princípios, teorias, referenciais metodológicos, experiências prévias, discussões de casos e compreensão do SUS.

Quadro 2. Domínio “Conhecimento” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
CONHECIMENTO	RESIDÊNCIA	MESTRADO
	<p>“[...] no sentido de que possam ampliar os conhecimentos teóricos, aplicando-os à prática, possibilitando a verdadeira práxis na profissão.” (p.15);</p> <p>“[...] deterá o domínio dos conteúdos, preceitos e procedimentos da sua área específica de trabalho, bem como com habilidade de compreensão desse processo e entendimento do sistema de rede das relações” (p.25);</p>	<p>“[...] demandam indissociabilidade entre teoria e prática e retroalimentação de referenciais teórico-metodológicos e político-institucionais na definição desses processos e na gestão, educação na saúde e produção do conhecimento que vêm sendo desenvolvidos no SUS.” (p.12);</p> <p>“Cada situação-problema deve funcionar como um dispositivo inicial do processo de reflexão e teorização no grupo, e estabelecer relações entre o objetivo de aprendizagem que se refere, as experiências prévias dos mestrandos e a questão ou problema em discussão.” (p. 15).</p> <p>“Visa aprofundar o conhecimento sobre o tema escolhido, ou eventualmente sanar possíveis dificuldades de entendimento sobre o mesmo.” (p.21);</p> <p>“[...] o mestrando busca recursos de aprendizagem em bibliotecas de referência, sítios internet, arquivos etc., que sirvam como fonte para ampliar e aprofundar seu conhecimento a respeito do problema analisado [...]” (p.18).</p>

FONTE: Elaborado pela autora.

Segundo Tavares et al. (2016), é relevante que a formação profissional com enfoque na promoção da saúde incite a articulação do conhecimento e a prática dos seus princípios teóricos e metodológicos para melhor implementação das ações, refletindo sobre as singularidades dos desafios de cada território. Além disso, o indivíduo deve ser ativo no processo de desenvolvimento do seu conhecimento, assim como reorientar a sua práxis.

Na percepção dos residentes e mestrandos, o domínio conhecimento foi estimulado pelos cursos e por isso houve predominância nas respostas para a opção “já possuía e aprimorei” e para a alternativa “não possuía e desenvolvi”. Entretanto, não houve diferença estatística nas análises (Tabela 3). Observa-se que não há diferença significativa nas respostas dos estudantes por curso ($p=1,00$).

Nos discursos dos residentes infere-se que a construção ou aperfeiçoamento do conhecimento em promoção da saúde ocorreu a partir da articulação ensino-serviço, além da motivação pessoal em busca de aprendizagem e a troca de saberes multiprofissional no curso.

“A relação ensino e serviço favoreceu bastante” (R1).

“A necessidade de aprender sempre mais e também através do contato com os usuários que me instigavam” (R11).

“Convivendo com profissionais de diferentes categorias profissionais” (R13).

Tabela 3. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Conhecimento”. Crato-CE, Brasil. 2019.

CONHECIMENTO RESPOSTA	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor <0,05
	N	%	n	%	
Já possuía e aprimorei	10	66,67	15	78,95	1,00
Já possuía e não aprimorei	0	-	1	5,26	---
Não possuía e desenvolvi	5	33,33	3	15,79	1,00
Não possuía e não desenvolvi	0	0	0	0	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Os mestrados associaram o desenvolvimento do domínio conhecimento por meio da leitura de artigos e livros científicos, além do compartilhamento de conhecimento multiprofissional e uso de instrumentos e metodologias ativas apresentadas nos módulos que instigaram a produção do conhecimento.

“Com o desenvolvimento dos trabalhos sugeridos nas disciplinas em que a partir de artigos, livros e afins novos conhecimentos eram adquiridos e simultaneamente aplicados na prática no serviço” (M3).

“Com o mestrado pude adquirir mais conhecimentos, habilidades e atitudes que me beneficiaram e estimularam a desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde. Ele nos ensina diversas ferramentas e abordagens que podemos utilizar para contribuir eticamente com as famílias e as comunidades, algumas já conhecia como o PTS, Apgar Familiar, genograma, ecomapa e diversas outras podendo aprimorar conhecimentos e tentar melhorar a assistência e promover saúde” (M4).

“No curso pude me apropriar um pouco mais do que a teoria da promoção da saúde propõe através das metodologias propostas em sala de aula, e assim, me senti mais segura para fazer uso, na prática, dos conhecimentos adquiridos” (M10).

“Através das leituras de textos e (...) compartilhando experiências com profissionais de diferentes áreas” (M12).

No estudo de Nascimento e Oliveira (2010) os participantes da pesquisa consideraram que é indispensável ao profissional ter conhecimento sobre políticas públicas, processo saúde-doença, atenção primária, interdisciplinaridade, epidemiologia, indicadores de saúde, práticas de saúde coletiva, rede de referência e contra-referência, princípios e estratégias organizacionais, haja vista que através desses conhecimentos articulados à prática profissional é possível o enfoque generalista na assistência em saúde.

O conhecimento e reflexão crítica podem ser produzidos a partir do grau de aporte teórico progresso do discente, da forma como se apropriou das metodologias, ferramentas e saberes compartilhados e pelas práticas nos serviços de saúde (ENGSTROM et al., 2016).

Ter o domínio do conhecimento favorece maior segurança no planejamento e efetivação da assistência ao paciente, assim como nas relações profissionais de trabalho, uma vez o profissional só pode compartilhar daquilo que ele conhece e domina (SALUM; PRADO, 2014).

As respostas prevalentes dos formandos indicam que os cursos contribuíram para o desenvolvimento ou aprofundamento nos conhecimentos no que tange a promoção da saúde. Esse resultado corrobora com os achados nos documentos dos PPC de ambos os cursos que propõem o incentivo ao aprofundamento teórico como premissa de uma prática mais segura e de qualidade.

5.3.3 POSSIBILIDADE DE MUDANÇAS

O domínio de competência “possibilidade de mudanças” constitui em capacitar indivíduos, grupos, comunidades e organizações para construir ações de promoção da saúde que melhorem a saúde e reduzam as desigualdades neste âmbito. Nesse sentido, o promotor de saúde deve ser capaz de utilizar abordagens de promoção da saúde que apoiem o empoderamento, a liderança, a participação, a parceria e a equidade para criar ambientes e cenários que promovam a reorientação da saúde e redução de iniquidades em saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Trechos nos documentos dos PPC dos cursos da residência e do mestrado evidenciaram o estímulo ao domínio “Possibilidade de Mudanças” (Quadro 3),

abordando a importância do empoderamento e autonomia do indivíduo e coletividade para que atuem transformando as práticas em promoção da saúde.

Quadro 3. Domínio “Possibilidade de Mudanças” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
POSSIBILIDADE DE MUDANÇAS	RESIDÊNCIA	MESTRADO
	<p>“Contribuir para a transformação das práticas em saúde [...]” (p.13);</p> <p>“[...] os residentes atuarão junto à população sobre os processos de empoderamento e alcance da autonomia na cogestão do sistema de saúde.” (p. 21);</p> <p>“[...] assistência que contribua para o impacto social e sanitário requerido e necessário para as transformações dos perfis epidemiológicos e com a construção da cidadania [...]” (p.25).</p>	<p>“Participação do indivíduo e da família no processo de cuidado.” (p.32);</p> <p>“[...] promoção da saúde com foco na participação popular e na autonomia do sujeito.” (34);</p>

FONTE: Elaborado pela autora

Na residência, ao se questionar sobre o domínio “Possibilidade de Mudanças” surgiram duas respostas correspondentes à “já possuía e aprimorei” e “não possuía e desenvolvi” (Tabela 4). Nos relatos, os residentes referem que desenvolveram ou aprimoraram esse domínio através de oficinas, capacitações e/ou ações de educação em saúde que realizaram com a comunidade.

“Realização de oficinas de capacitação e educação em saúde com diferentes públicos alvo” (R14).

“Educação em saúde e capacitações ministradas” (R10).

“Mediante as realidades que necessitavam de iniciativas para a sua mudança” (R15).

No mestrado ocorreu semelhante, pois a maioria afirmou que já possuía essa competência e conseguiu aprimorar durante o curso, enquanto 21,05% relataram que não possuíam essa capacidade, porém desenvolveram ao longo do curso. Somente dois participantes (10,53%) referiram que já possuíam essa competência, no entanto não houve aperfeiçoamento desta. A análise de dependência indica que não há diferença significativa nas respostas por tipo de curso ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Possibilidade de Mudanças”. Crato-CE, Brasil. 2019.

POSSIBILIDADE DE MUDANÇAS RESPOSTA	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	8	53,33	13	68,42	0,52
Já possuía e não aprimorei	0	-	2	10,53	---
Não possuía e desenvolvei	7	46,67	4	21,05	1,00
Não possuía e não desenvolvei	0	0	0	0	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Os mestrados que consideraram que o curso contribuiu para o desenvolvimento do domínio relataram que é preciso adquirir conhecimentos e habilidades para mobilizar a equipe para a capacitação de indivíduos em promoção da saúde, fomentando sua autonomia e participação nas práticas em saúde, visando melhores resultados em saúde.

“O estímulo ocorreu no momento em percebi o quão essencial é a aquisição de novos conhecimentos e habilidades para se promover mudanças de comportamento/estilo de vida que venham impactar na saúde de indivíduos/grupos” (M3).

“Estimular e colaborar no desenvolvimento de diversas práticas na comunidade, buscando não só melhorar a qualidade de vida da população, mas que consigamos interagir em equipe, nos organizar para promover saúde, sensibilizar equipe e gestão para tais ações em busca de parcerias, empoderar o público-alvo visando sua conscientização e transformação da realidade, mas sempre respeitando a autonomia dos sujeitos” (M4).

Nessa perspectiva, a maioria dos formandos indicam que os cursos de pós-graduação favoreceram o aprimoramento ou desenvolvimento do domínio em promoção da saúde “possibilidade de mudanças” e isso legitima os achados documentais acima que planeiam uma formação baseada em competências.

Sendo assim, os profissionais de saúde podem atuar como agentes de mudanças nos serviços de saúde e no território abrangente, buscando especialmente

capacitar os indivíduos para desenvolver autonomia e empoderamento sobre sua saúde.

Entretanto, é importante ressaltar que no contexto da promoção da saúde os profissionais da saúde podem ter dificuldades de compreender o real significado da aplicabilidade do empoderamento (*empowerment*), pois entende-se que toda estratégia de *empowerment* é uma estratégia de promoção da saúde, mas nem toda estratégia de promoção da saúde é empoderadora. Assim, é essencial perceber o apoio intersetorial, o comprometimento do profissional de saúde nas ações em promoção da saúde e sua articulação com a população (SOUZA et al., 2014).

A participação popular é reconhecida como uma estratégia importante para a promoção da saúde. O estímulo para essa mobilização social está relacionado com os interesses individuais e coletivos dentro de um território que precisam ser o enfoque dessas ações em promoção da saúde, a fim de garantir o envolvimento da população e a efetividade das ações (BUSANA et al., 2015).

As práticas de educações em saúde, frequentemente, ocorrem como prescrições de comportamentos. Um exemplo clássico são os grupos de hipertensos e diabéticos que funcionam como um reforço de instruções sobre alimentação, exercícios físicos, uso da medicação e realização do controle de pressão arterial e glicemia. Todavia, essas ações poderiam ser mais efetivas em promoção da saúde se embasadas pelo diálogo e participação social nas escolhas das estratégias de solução, como propor a promoção de espaços de atividades físicas que proporcionem prazer e motivação, realização de oficinas de culinária, grupos de dança ou caminhada, entre outros. Assim, o diálogo nos processos educativos favorece a autonomia do indivíduo e coletividade sobre a sua saúde (MAEYAMA et al., 2015).

Para promover o empoderamento de uma comunidade é preciso a implementação de espaços de participação social para se pensar em estratégias conjuntas de transformação da realidade em saúde, buscando a reorganização da assistência em saúde e a superação da desigualdade de poder na relação de profissionais e usuários (SOUZA et al., 2014).

O envolvimento coletivo nas ações de promoção em saúde garante maior sustentabilidade para o projeto, uma vez que devem participar desde o planejamento à execução partindo de suas necessidades de saúde (MAEYAMA et al., 2015).

Destarte, a formação em saúde muito pode contribuir para o aperfeiçoamento profissional e suas práticas em promoção da saúde. Os cursos da RMSC e do MPSF

apresentam a proposta de articular o ensino com a prática, possibilitando reflexão sobre a atuação profissional nos serviços de saúde, a fim de estimular ações em promoção da saúde mais efetivas e transformadoras da realidade social.

5.3.4 ADVOCACIA EM SAÚDE

A Advocacia em saúde é a capacidade de reivindicar junto e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para ampliar o bem-estar e a saúde, além de aumentar a capacidade de ação de promoção de saúde. Essa competência está relacionada ao uso de estratégias para sensibilizar, influenciar e estimular a comunidade e os setores para as ações de promoção da saúde, visando articular as necessidades de saúde e reivindicar por recursos essenciais para a efetivação de ações de promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

O domínio advocacia em saúde foi identificado nos PPC dos cursos de pós-graduação quando se observou o estímulo para o fortalecimento do controle social, buscando a mobilização popular e de parcerias setoriais para reivindicar por melhorias na saúde (Quadro 4).

Quadro 4. Domínio “Advocacia em Saúde” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
ADVOCACIA EM SAÚDE	RESIDÊNCIA	MESTRADO
	<p>“[...] exercício da negociação [...]” (p.25);</p> <p>“[...] fortalecimento do controle social e maior participação dos processos de gestão no campo da saúde.” (p.21);</p> <p>“[...] o profissional deverá ser atuante na promoção da mobilização e participação da comunidade [...]” (p.26).</p>	<p>“Desenvolvimento de ações intersetoriais e de fomento à participação popular e de controle social.” (p.12);</p> <p>“Articular elementos da educação, atenção, controle social e gestão no aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde” (p.11);</p>

FONTE: Elaborado pela autora.

As respostas dos formandos de ambos os cursos foram bem variadas. Para a alternativa “já possuía e aprimorei” assinalaram 33,33% dos residentes e 47,37% dos mestrados (Tabela 5). Embora seja uma resposta tímida para os residentes, pode-

se considerar que foi positiva frente à contribuição de ambos os cursos para essa competência.

A opção “não possuía e desenvolvi” foi referida por 40% dos residentes, e apenas 5,26% dos mestrados (Tabela 5). Isso pode nos indicar, que uma parte significativa dos formandos da residência consideram que o curso contribuiu para o desenvolvimento do domínio de competência em advocacia em saúde, não desenvolvida anteriormente na sua práxis ou em outras formações na saúde.

Em contrapartida, alguns residentes e mestrados afirmaram que não possuíam essa competência e também não a desenvolveram durante os cursos de residência e mestrado (Tabela 5). Sabe-se que a competência em advogar em saúde é bastante desafiadora e complexa, requer apoio de outros setores e muitas habilidades profissionais em mobilização social para a reivindicação de melhorias em saúde (GERMANI; AITH, 2013), podendo dificultar o seu desenvolvimento. Outros formandos preferiram não responder, possivelmente por ter dificuldade para compreender o seu conceito ou para reconhecer a aplicação dessa competência em sua prática. A análise de dependência indica que não há diferença significativa nas respostas por tipo de curso ($p > 0,05$).

Tabela 5. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Advocacia em saúde”. Crato-CE, Brasil. 2019.

ADVOCACIA EM SAÚDE	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	5	33,33	9	47,37	0,51
Já possuía e não aprimorei	0	-	3	15,79	---
Não possuía e desenvolvi	6	40,00	1	5,26	0,07
Não possuía e não desenvolvi	1	6,67	4	21,05	---
Não sei identificar	2	13,33	2	10,53	---
Prefiro não responder	1	6,67	0	-	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Nos discursos dos residentes que referiram a contribuição do curso para o desenvolvimento ou aprimoramento do domínio advocacia em saúde, percebe-se a associação do desenvolvimento da advocacia em saúde com as atividades que proporcionavam a participação popular, como as rodas de conversa e os encontros dos conselhos de saúde.

“Através de roda de conversas e controle social” (R1).

“Participação em conselhos de saúde” (R6).

“Participação de momentos de cunho político” (R14).

Os mestrandos atribuíram que isso foi possível a partir do incentivo proposto nos módulos de promoção da saúde e da atenção integral à saúde da família, além do compartilhamento de saberes e práticas multiprofissionais e da motivação para intervir desde as ações mais simples, buscando a equidade.

“Ao reafirmar, a partir das várias disciplinas, a minha responsabilidade na promoção de saúde da população sob os meus cuidados. Não esquecendo que se trata de uma responsabilidade compartilhada com os demais profissionais e indivíduos” (M3).

“Nesse domínio ainda estou caminhando a passos curtos, mas percebo que depois do curso tenho mais interesse em lutar contra injustiças contra os pacientes mais necessitados, tento intervir para conseguir que os que mais precisam consigam o que lhes é necessário como alguma consulta, visita, medicação, ação, especialista, intervenção. Muita coisa foge do nosso alcance. Mas tento lutar pelos direitos dessa população sem muitos recursos e desprotegida” (M4).

“Através das atividades com práticas na comunidade com abordagem intersetorial” (M13).

“Durante os módulos de promoção da saúde e atenção integral à saúde da família” (M17).

Os profissionais de saúde podem advogar a favor do indivíduo e/ou da comunidade, como também podem e devem informar e capacitar o cidadão para que reivindiquem sobre o direito à saúde, pois este precisa compreender e lutar pelos seus direitos para que se tornem “advogados” da saúde (BEZERRA, 2016).

A advocacia em promoção da saúde compreende um exercício de cidadania essencial para o desenvolvimento social voltado à defesa do direito universal à saúde. Objetiva reivindicar por equidade em saúde e a garantia do bem-estar físico, mental e social das pessoas, através da disseminação de informações com evidências

científicas que influenciem outros setores e a comunidade para buscar melhorias em saúde (GERMANI; AITH, 2013).

O profissional de saúde tem papel fundamental no fomento da participação da população em espaços de planejamento, discussões e acompanhamento das ações em saúde. Assim, o cidadão empodera-se para advogar a favor de uma saúde que respeite as necessidades singulares do seu território e que seja justa e de qualidade (BEZERRA, 2016).

Entretanto, muitos são os desafios para o desenvolvimento da advocacia em saúde. No estudo de Figueira et al. (2018) foram citados pelos profissionais como desafios a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais, a rotatividade dos profissionais da equipe, dificultando o vínculo com a comunidade, a falta de compromisso de alguns da equipe nas ações de promoção da saúde, além da baixa adesão da comunidade na responsabilização na promoção da saúde. Como facilidades foram indicadas a interação da equipe multiprofissional, o acolhimento e o vínculo dos profissionais com a comunidade e a valorização profissional.

Para desenvolver a advocacia em saúde é preciso utilizar de diferentes estratégias que visem aplicar os recursos existentes da forma mais efetiva e de explorar as condições favoráveis para se alcançar os objetivos definidos (GERMANI; AITH, 2013). Nesse sentido, é importante que o profissional de saúde tenha conhecimento, habilidade e atitude para usufruir dos recursos que já existem, articulado à comunidade e outros setores do território, a fim de reivindicar por melhorias em saúde.

Através do exercício de autonomia, construção conjunta, engajamento social e negociação, a comunidade pode assumir o protagonismo na construção de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, reivindicando por melhorias na saúde e transformando sua realidade baseado nas suas necessidades de saúde (COLIN; PELICIONE, 2018).

A participação social conquistou espaço na saúde por meio, principalmente, da criação dos conselhos de saúde, especialmente os municipais e, posteriormente, os conselhos locais de saúde, tentando ampliar a escuta, o envolvimento e participação da comunidade por se tratar de demandas do seu território (MAEYAMA et al., 2015).

Em um estudo com gestores da saúde, Silva et al. (2015) apresentam que os conselhos municipais de saúde não desempenham sua função em sua totalidade, uma vez que percebem pouca participação popular nesses espaços, apontando como

dificuldades o desinteresse das pessoas em se integrar aos conselhos e a falta de conhecimento sobre a importância do envolvimento destes para reivindicar sobre os seus direitos e acompanhar as ações no âmbito da saúde.

Por sua vez, os usuários referem como obstáculos para a participação em conselhos de saúde a indisponibilidade de horários, a burocracia, a falta de recursos financeiros, o conhecimento insuficiente das funções como conselheiro e as decisões que ainda estão centradas nas Secretarias Municipais de Saúde (HOPPE et al., 2017).

Nessa perspectiva, é essencial empoderar o indivíduo para compreender e gerir sua própria saúde e doença, estimulando seu poder de negociação no âmbito da saúde e se incluir nas decisões desse setor, buscando refletir em melhorias individuais e coletivas na saúde (GAIO; ROCHA; SOUSA, 2018).

Apesar dos entraves, nesse estudo foi possível a identificação desse domínio nos documentos acadêmicos de ambos os cursos, assim como houveram algumas respostas positivas para o desenvolvimento ou aprimoramento desse domínio pelos formandos. Entretanto, alguns participantes não consideraram o desenvolvimento do domínio da advocacia em saúde ou não souberam identifica-lo, tornando-o um pouco aquém dos demais domínios analisados nesse estudo.

Em suma, advogar em saúde é um domínio de competência complexo e requer determinação e motivação profissional, podendo ser adquirido tanto na prática profissional com a sensibilização das vivências nos territórios, incitando a busca por melhorias para o coletivo, como também estimulado nas formações em saúde.

5.3.5 PARCERIA

A Parceria é descrita como um domínio de CPS que se refere à capacidade de trabalhar em colaboração com áreas de conhecimento/disciplinas setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade de ações de promoção da saúde. É fundamental que haja envolvimento de parceiros de diferentes setores para favorecer a efetividade das ações de promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

A saúde em seu conceito ampliado considera importante melhorar as condições de educação, alimentação, trabalho, renda, lazer, segurança, saneamento básico,

habitação, transporte, acesso aos serviços essenciais, entre outros, e isso requer uma articulação com outros setores fora da saúde para maior resolutividade das necessidades individuais e coletivas (MAEYAMA et al., 2015).

Sendo assim, é importante que as formações em saúde incentivem a articulação intersetorial para o fortalecimento das ações em promoção da saúde, buscando a integralidade do cuidado e melhores resultados em saúde.

Nessa perspectiva, foram encontrados nos PPC da residência e mestrado passagens textuais que coadunam com o domínio Parceria, segundo o CompHP, buscando articulação com vários setores e, inclusive por serem cursos de caráter multiprofissional, esse domínio se torna inerente aos cursos, favorecendo o compartilhamento de conhecimentos e experiências durante a formação, desde o planejamento das ações até a sua execução e avaliação (Quadro 5).

Quadro 5. Domínio “Parceria” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO
PARCERIA	“Desenvolver ações para integração da rede sócio assistencial existente [...]” (p. 14);	“[...] a multiprofissionalidade e a intersetorialidade se apresentam como estratégias para o compartilhamento de saberes, convergindo para promoção da qualidade de vida. [...]” (p.10);
	“[...] considerando os saberes e fazeres das diversas profissões envolvidas [...]” (p.16);	“Articular elementos da educação, atenção, controle social e gestão no aprimoramento da ESF [...]” (p.11);
	“[...] articuladas com outros serviços ou equipes/redes de cuidados [...]” (p.25);	“[...] agir multiprofissionalmente [...]” (p.29);
	“[...] ações integradas de assistência interprofissional [...]” (p.30).	“[...] integralidade do cuidado, a qual implica o trabalho em rede, em equipe multiprofissional [...]” (p.12);

FONTE: Elaborado pela autora.

Nos discursos dos formandos, a maioria considera que houve uma contribuição positiva dos cursos de pós-graduação para o domínio de competência “Parceria”.

Os residentes e mestrados em boa parte referiram já possuírem a competência e terem aperfeiçoado durante os cursos e outros que não possuíam essa capacidade a desenvolveram. A análise de dependência indica que não há diferença significativa nas respostas por curso ($p > 0,05$) (Tabela 6).

Os residentes relatam que foram estimulados para esse domínio através do formato do curso multiprofissional e pela necessidade de incluir outros setores para a realização de ações com a comunidade.

“Trabalhando sempre em equipe multiprofissional aprendemos a desenvolver capacidades coletivas” (R3).

“A residência por ter caráter multiprofissional, estimula diariamente essa prática” (R7).

“Dentro do programa trabalhamos em grupos, junto as outras categorias profissionais” (R9).

“Necessidade de articular diferentes setores e atores para o desenvolvimento de ações e programas” (R14).

TABELA 6. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Parceria”. Crato-CE, Brasil. 2019.

PARCERIA	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	10	66,67	13	68,42	0,26
Já possuía e não aprimorei	0	-	3	15,79	---
Não possuía e desenvolvei	5	33,33	3	15,79	1,00
Não possuía e não desenvolvei	0	0	0	0	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Os mestrandos também compartilharam de opinião semelhante quando referem que a parceria com os colegas de curso contribuiu para a reflexão sobre a importância da articulação intersetorial, assim como perceberam isso durante suas intervenções comunitárias.

“Sempre soube da necessidade e do valor de fazer parcerias. É muito importante ter os contatos certos, tanto os informantes sociais da comunidade, como os articuladores nos demais setores como na escola, no NASF, na assistência social, no CAPS, para poder promover as ações em conjunto. Ter uma mente aberta e receptiva para dialogar com gestores (...) e o mestrado me fez valorizar ainda mais essas alianças, sozinho não temos poder de decisão e execução, precisamos de parcerias sempre para poder ter efetividade em nossas ações” (M4).

“O trabalho interdisciplinar e intersetorial sempre foi uma exigência nas esferas de trabalho que percorri, portanto é uma característica que já vinha sendo trabalhada

em minha vida profissional. O curso através das leituras, discussões, atividades de dispersão e compartilhamento de experiências de trabalho entre os colegas contribuiu para ampliar a certeza de que esse é um caminho necessário no desenvolvimento de ações mais efetivas no contexto da ESF, bem como permitiu melhorar a sensibilidade no tocante ao desenvolvimento de habilidades para o relacionamento interpessoal no âmbito do trabalho” (M6).

“O fato de estarmos matriculados em Mestrado profissional que abrange diferentes profissões da área da saúde, nos facilitou a troca de experiências e sobretudo a entender a necessidade do trabalho compartilhado” (M14).

“As atividades de dispersão em sua maioria para a execução exigia uma interação intersetorial e interprofissional” (M15).

Assim, também para esse domínio Parceria, foram encontradas evidências nos documentos dos cursos para o estímulo ao desenvolvimento das competências em harmonia com as respostas dos formandos que afirmam a contribuição dos cursos para esse fim.

Em um estudo de Machado et al. (2018) com residentes multiprofissionais em saúde da família reforçam esses achados quando elucidam que o curso tem favorecido uma formação com ênfase no fortalecimento do domínio parceria, buscando envolver diversos atores, serviços e setores para alcance de objetivos conjuntos nas ações de promoção da saúde, utilizando do trabalho colaborativo e da necessidade de instituir redes de atuação para efetivar o trabalho (MACHADO et al., 2018).

Cavalcanti e Lucena (2016) ressaltam que a formação profissional em saúde isoladamente contribui para a reprodução das ações segmentadas, pois os profissionais tendem a desempenhar suas práticas dentro dos limites de suas áreas de atuação.

Nesse sentido, os cursos de pós-graduação multiprofissionais, como os cursos em estudo, apresentam relevante papel na formação em saúde, uma vez que possibilitam a interação e compartilhamento de conhecimentos, opiniões, experiências, práticas, ampliando o poder de reflexão e compreensão sobre as realidades dos territórios e intervenções quanto as necessidades reais dos indivíduos e coletividades.

A prática interdisciplinar, o trabalho em equipe e a gestão participativa ampliam a competência dos relacionamentos internos, favorecendo as discussões sobre as questões do trabalho e assistenciais, cada um com o olhar na sua individualidade e especificidade (SALUM; PRADO, 2014).

No âmbito da promoção da saúde, devem ocorrer ações articuladas, inclusive com setores fora do campo da saúde, para que haja um compartilhamento de responsabilidades e gestão em busca de uma melhor qualidade de vida da população. Entretanto, ressalta-se que é necessário respeitar as regras formais da parceria, assim como observar a rotina organizacional, uma vez que nem sempre estão favoráveis e sensíveis para a incorporação das ações em promoção da saúde (PRADO; SANTOS, 2018).

É importante destacar que muitos são os desafios para se implementar as parcerias nas ações de promoção da saúde. No estudo de Cavalcanti e Cordeiro (2015) com profissionais de saúde de formação de nível médio e superior inseridos no âmbito da ESF, percebeu-se que a intersetorialidade é pouco discutida no ambiente de trabalho, alguns a consideram como privativa dos profissionais de ensino superior, pois não se sentem capazes de desenvolver e discutir a intersetorialidade,

Romagnoli e Silva (2019), apontam como dificuldades para a prática da intersetorialidade: a troca de gestão na mudança dos prefeitos; a falta de recursos; o corte de gastos nas políticas de assistência social, educação e saúde; a alta vulnerabilidade e dificuldade resolutiva de alguns casos, gerando uma desmotivação ou descrença para a busca de possibilidades de mudança com os setores; falta de comunicação e seguimento dos casos nos diversos níveis de complexidade; limite das próprias políticas públicas em saúde e ausência de outras políticas que corroborem com a intersetorialidade.

Além dos desafios já citados, a sobrecarga de trabalho em seus setores contribui para ações conservadoras e segmentadas, não sendo tão eficientes para a atenção com os usuários, pois há uma tendência de buscar soluções mais rápidas, muitas vezes sem discussão dos casos (CAVALCANTI; LUCENA, 2016; ROMAGNOLI; SILVA, 2019).

Em busca da superação do modelo biomédico assistencial, a intersetorialidade pode ser uma excelente estratégia para a consolidação e fortalecimento da promoção da saúde por meio de sua implementação e do processo de formação de profissionais

que estimulem o desenvolvimento de competências que destaquem os diferentes atores, serviços e setores de um território (MACHADO et al., 2018).

Em suma, é necessária competência para enfrentar os entraves da implantação da articulação do setor saúde com outros setores sociais que colaborem com a efetividade da assistência ao indivíduo ou coletividade. Segundo Machado et al. (2018) a articulação intersetorial deve ser interdependente e contar com a corresponsabilidade e participação mútua para alcançar objetivos comuns, uma vez que supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades em saúde de um território.

5.3.6 COMUNICAÇÃO

O domínio em promoção da saúde “Comunicação” é definido como a capacidade de comunicar ações de promoção da saúde efetivamente, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para diversos públicos, incluindo comunicação escrita, verbal, não verbal e as habilidades de escuta (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Na análise documental foi possível também reconhecer a presença o estímulo ao desenvolvimento da comunicação adequada e efetiva para as ações em promoção da saúde (Quadro 6).

Quadro 6. Domínio “Comunicação” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO
COMUNICAÇÃO	“Desenvolver tecnologias de trabalho de abordagem individual, familiar e coletiva.” (p.14);	“[...] debatem e apresentam a discussão sobre temas [...]” (p.21);
	“[...] capacidade de expressar-se e comunicar-se, desenvolvendo a prática do diálogo [...]” (p.25);	“[...] simulação de uma situação-problema real utilizada para o desenvolvimento de habilidades e ou atitudes” (p.24);
	“[...] habilidade de comunicação interpessoal [...]” (p.25);	“[...] apresentar o caso pode consistir em descrição, narração, diálogo, dramatização, filme, artigos jornalísticos e outros.” (p.24);

	“[...] estabelecendo comunicação efetiva [...]” (p.25).	“[...] Instrumentos de abordagem familiar e comunitária.” (p.32). “Produção de instrumentos de comunicação e divulgação da informação em nível local.” (p.34);
--	---	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Os residentes apresentaram duas respostas predominantes referentes à competência “comunicação”, que foram “já possuía e aprimorei” e não possuía e desenvolvi (Tabela 7). Relatam que isso foi possível a partir do conhecimento e implementação de metodologias ativas que favoreciam à comunicação de acordo com o objetivo da ação, a comunicação com a equipe, além das atividades em campo que possibilitaram a prática da teoria vista em sala de aula.

“Através das metodologias ativas (...)” (R4 e R14).

“Durante as ações de educação em saúde e com os outros colegas dentro do programa” (R9).

“Na realização de oficinas temáticas e seminários” (R11).

“Pelos práticas” (R12); “Em campo” (R13).

A maioria dos mestrados relatou que já possuíam e aprimoraram a Comunicação durante o curso, e outros inferiram que não possuíam, mas desenvolveram. Apenas 5,26% dos mestrados referiram que não possuíam essa competência e não desenvolveram. A análise de dependência indica que não há diferença significativa nas respostas por tipo de curso ($p > 0,05$) (Tabela 7).

Tabela 7. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Comunicação”. Crato-CE, Brasil. 2019.

COMUNICAÇÃO RESPOSTA	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor <0,05
	n	%	n	%	
Já possuía e aprimorei	8	53,33	14	73,68	1,00
Já possuía e não aprimorei	0	0	0	0	---
Não possuía e desenvolvi	7	46,67	3	15,79	0,36
Não possuía e não desenvolvi	0	-	1	5,26	---
Não sei identificar	0	-	1	5,26	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Estes mestrandos que desenvolveram ou aprimoraram o domínio, percebem a comunicação como os recursos materiais e humanos utilizados para este fim, inclusive adaptando a linguagem ao público alvo.

“Minha concepção era um pouco limitada antes do mestrado de comunicação de ações de promoção da saúde (...). Mas vejo agora que pode-se além de divulgação verbal pelas ACS, pode-se fazer comunicação em rádio, convites escritos, divulgação nas igrejas, nos grupos, cartazes na comunidade, avisos virtuais, enfim, a comunicação verbal pelos pares também é extremamente valiosa, e pelos representantes comunitários” (M4).

“Percebendo a importância da utilização da metodologia adequada a cada público, utilizando práticas inovadoras e que realmente promovam a participação dos usuários” (M5).

“Através do exercício e das reflexões sobre os tipos de linguagens utilizadas no processo de comunicação, bem como na ênfase dada a competência cultural necessária ao desenvolvimento de uma boa relação e comunicação no trabalho com a comunidade” (M7).

“(...) Para que haja uma boa comunicação é necessário adaptar a linguagem para os diferentes públicos. A leitura de textos científicos nesse sentido foi bastante intensa no módulo de promoção de saúde proporcionando a aberturas de novos olhares para as práticas de promoção da saúde nos diferentes contextos” (M8).

Sendo assim, percebe-se a harmonização entre os achados documentais e os discursos dos respondentes sobre o desenvolvimento de competências em promoção da saúde em ambos os cursos.

A comunicação é reconhecida como uma estratégia operacional para a promoção da saúde, devendo os profissionais de saúde utilizarem diversas expressões de comunicação, informais ou formais, respeitando o perfil do público-alvo para favorecer a escuta e a participação de todos os envolvidos, proporcionando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações (BRASIL, 2014).

É essencial fazer uso de tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações sobre a promoção da saúde, bem como, a utilização de técnicas e meios de comunicação que se adequem às culturas de grupos e

contextos para promover a melhora da saúde no âmbito individual e coletivo e reduzir as iniquidades em saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Na assistência ao paciente, a comunicação é um fator muito importante devendo ser adequada para o público ao qual se dirige e possibilitar o cuidado integral e humanizado, pois os pacientes esperam que o profissional esteja atento aos cuidados que realiza e atenda às suas necessidades, especialmente na atenção e na forma de lhe dirigir o olhar (SALUM; PRADO, 2014). Consiste, então, em apresentar habilidade de conectar-se com indivíduos e coletividades em um processo baseado no diálogo, discussão e divulgação de ações de promoção da saúde (SOBRAL et al., 2018).

A comunicação efetiva também deve estar presente nas relações interprofissionais para manter uma interação harmoniosa, permitindo abertura ao diálogo e compartilhamento de experiências, vivências e sentimentos. Além disso, uma boa comunicação entre a equipe pode incentivar a todos para o envolvimento na promoção da saúde, visando o alcance dos objetivos traçados (SALUM; PRADO, 2014).

Nesse caso, percebe-se a adequação das propostas dos cursos em seus documentos oficiais com a percepção dos formandos quanto ao desenvolvimento das competências em comunicação, o que favorece a efetividade das ações em promoção da saúde nos serviços no qual estão inseridos estes profissionais.

5.3.7 LIDERANÇA

O domínio “Liderança” é definido como a capacidade de contribuir para o desenvolvimento de uma visão partilhada e com direção estratégica para a ação de promoção da saúde, o que pode favorecer a capacitação em promoção da saúde e maior participação dos envolvidos, utilizando de habilidades, como o trabalho em equipe, a negociação, a motivação, a resolução de conflitos, a tomada de decisão, a facilitação e resolução de problemas (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

O estímulo ao domínio da Liderança também foi encontrado nos documentos de ambos os cursos, ressaltando a importância de formar profissionais com postura de líder tanto para a gestão do processo de trabalho com a equipe, quanto para a

gestão do cuidado, utilizando da proatividade, criatividade, compromisso, flexibilidade e mediação de conflitos para este fim (Quadro 7).

Quadro 7. Domínio “Liderança” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO
LIDERANÇA	“[...] assumir a responsabilidade sobre sua prática, tendo iniciativa, criatividade e abertura às mudanças [...]” (p.25);	“Formar lideranças para a Atenção Primária [...]” (p.11);
	“[...] exercerá suas atividades com autonomia de ação e compromisso social [...]” (p.26);	“Realizar a gestão do processo de trabalho na ESF [...]” (p.11);
	“[...] ser protagonista no processo de educação permanente no cenário em que está inserido.” (p.26);	“Desenvolver atividade de preceptoria nos serviços de saúde.” (p.11);
	“[...] participar, assessorar, coordenar, liderar e gerenciar equipes multiprofissionais [...]” (p.27);	“[...] capacidade de apresentar e sistematizar ideias, de coordenar uma discussão, de compatibilizar interesses individuais e coletivos.” (p.16).
	“[...] tomar decisões e assumir lideranças [...]” (p.31).	

FONTE: Elaborado pela autora.

Nos cursos de pós-graduação, 40% residentes e 52,63% mestrados consideraram que já possuíam e aprimoraram a competência da liderança nas suas práticas de promoção em saúde. Outros afirmaram não possuir essa competência, porém tê-la desenvolvido posteriormente. A análise de dependência indica que não há diferença significativa nas respostas por tipo de curso ($p=1,00$) (Tabela 8).

Por outro lado, alguns formandos em ambos os cursos não consideram que houve contribuição dos cursos para o domínio liderança, indicando que já possuíam e não aprimoraram ou que não possuíam, mas também não a desenvolveram. Observa-se proporções de respostas muito próximas entre um curso e outro, corroborando que não há diferenças significantes nesta relação ($p=1,00$) (Tabela 8). Infere-se que, possivelmente, isso pode estar associado com a personalidade, profissão e/ou cargo no qual está inserido e a motivação do trabalhador no serviço.

Em um estudo de Lanzoni et al. (2015) realizado com enfermeiros e docentes do curso de enfermagem, para quem os autores relacionam como característica essencial, percebeu-se que a competência em liderança está vinculada à personalidade, ao estímulo na formação profissional, às características próprias da

profissão, a influência do ambiente de trabalho e, ainda, ao amadurecimento pessoal e profissional.

Tabela 8. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Liderança”. Crato-CE, Brasil. 2019.

LIDERANÇA	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	6	40,00	10	52,63	1,00
Já possuía e não aprimorei	1	6,67	1	5,26	---
Não possuía e desenvolvi	3	20,00	4	21,05	1,00
Não possuía e não desenvolvi	3	20,00	2	10,53	---
Não sei identificar	0	-	2	10,53	---
Prefiro não responder	2	13,33	0	-	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Na residência, perceberam o incentivo à liderança por meio das atividades em grupos que requeriam tomada de decisões, como demonstra os depoimentos abaixo:

“Nos momentos de decisão em grupos” (R4).

“Embora não tenha optado, naturalmente fui levado a estimular o sentido de liderança” (R7).

No mestrado, a liderança foi também associada às atividades em grupo para a tomada de decisões, resoluções de problemas e delegação de funções para os membros da equipe.

“Com o mestrado e a necessidade de desenvolver diversas atividades em equipe é preciso desenvolver o poder de liderança. A capacidade de incentivar e motivar a equipe a promover saúde, o poder de resolver problemas e dificuldades que foram surgindo, tomar desde decisões simples a importantes, capacidade de delegar tarefas e funções e saber a quem e qual tarefa pode ser delegada, enfim se empoderar de habilidades de liderança” (M4).

“Eu me considero líder. Se uma atividade estiver parada ou devagar eu procuro agilizar e demandar tarefas para podermos realizá-las. No mestrado também foi

estimulado isto, por exemplo, na estratégia de grupo tutorial todos deveriam ser coordenador do grupo pelo menos uma vez, como também nos trabalhos em equipe” (M6).

Assim, apesar de alguns formandos referirem não terem desenvolvido ou aprimorado a liderança durante a educação permanente, é possível inferir que uma parte significativa considerou a contribuição das pós-graduações para essa competência, como almejado e proposto nos PPC desses cursos.

No estudo de Santos e Paranhos (2017) os resultados de todos os itens que mensuraram o domínio “liderança” também foram positivamente avaliados com diferenças entre os estratos (p -valor $<0,001$). Esses autores recomendam a realização de pesquisas periódicas e a implementação da educação permanente, inclusive do uso da ferramenta da educação à distância, para constante capacitação das equipes na perspectiva da liderança e do cuidado, assim como para ampliar as alternativas no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores no seu cotidiano.

Para uma postura de liderança é preciso seguir regras básicas do estabelecimento de saúde, porém saber ser flexível para se adaptar a uma realidade, pois as necessidades de saúde podem ser mutáveis. Além disso, deve-se ressaltar que em um mesmo município as regras de um serviço de saúde não funciona necessariamente para outra equipe (SANTOS; PARANHOS, 2017).

A competência em liderança requer tempo tanto para conseguir executá-la, quanto para ver seus resultados. É fundamental ter conhecimento para além do “saber fazer” técnico, ter organização, responsabilidade, estar apto para resolução de problemas, assim como ter senso de justiça e flexibilidade para garantir uma autonomia relativa e interdependência na equipe (LANZONI et al, 2015).

Ressalta-se que a forma como é organizado o trabalho pode interferir na manutenção de relações harmônicas, entendendo que é essencial trabalhar com a equipe de saúde embasada no respeito e na participação nas tomadas de decisões (SALUM; PRADO, 2014). Por meio de um tratamento respeitoso se alcança uma liderança autêntica, ou seja, sem imposições e autoritarismo, proporcionando maior compreensão e satisfação da equipe na realização de seus atribuições (LANZONI et al., 2015).

Portanto, os líderes seriam aqueles que mudam a forma das pessoas pensarem sobre o que é desejável, possível e necessário e estão aptos para saber ouvir a equipe

e a comunidade para que esteja adequando a gestão à realidade local (SANTOS; PARANHOS, 2017).

5.3.8 DIAGNÓSTICO

O Diagnóstico como domínio de competência em promoção da saúde constitui a identificação e levantamento das necessidades e potencialidades do território, a fim de fornecer uma base para a tomada de decisão. Refere-se à avaliação das necessidades e do contexto dos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que promovem ou comprometem a saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Esse domínio também foi reconhecido nos documentos oficiais da residência e do mestrado em questão vinculado à utilização de estratégias ou metodologias para proporcionar a realização do diagnóstico situacional de um determinado território e população, como descrito no quadro abaixo:

Quadro 8. Domínio “Diagnóstico” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO
DIAGNÓSTICO	“[...] levantamento de necessidades de saúde com base nos conhecimentos epidemiológicos, sociais e ambientais [...]” (p.14);	“[...] identificar e atender as demandas de saúde da população [...]” (p.12);
	“[...] a visão estratégico-situacional e o processo de territorialização em saúde” (p.14);	“[...] compreender a realidade para transformar.” (p.24);
	“[...] serão listados os indicadores de saúde relevantes no contexto do território [...]” (p.20);	“[...] utilizar informações em saúde na atenção primária.” (p.11).
	“[...] serão identificadas as demandas prevalentes nos conselhos locais de saúde e no conselho municipal de saúde.” (p.21);	
	“[...] identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos [...]” (p.26).	

FONTE: Elaborado pela autora.

Na percepção dos residentes o curso contribuiu com o aperfeiçoamento ou desenvolvimento da competência de levantamento das necessidades e indicadores

de um território, uma vez que quase a totalidade desses participantes responderam já possuir e ter aprimorado esse domínio ou não possuíam, mas desenvolveram durante o curso. Apenas 6,67% ressaltam não possuir e não ter desenvolvido o domínio “Levantamento” (Tabela 9).

Nos depoimentos abaixo, percebe-se a associação do “Diagnóstico” com o conhecimento sobre as necessidades da população, a epidemiologia e as ferramentas da territorialização e da classificação de risco para o reconhecimento da situação de saúde de um território.

“Escutando a população” (R5).

“Atuação no campo da epidemiologia” (R9).

“Através do processo de territorialização e classificação de risco em UBS” (R11).

A maioria dos mestrados consideraram que já possuíam e aprimoraram esse domínio, em menor proporção referem não ter possuído anteriormente, porém tê-lo desenvolvido durante o curso. Alguns relataram já possuir a competência e não ter aperfeiçoado ou não possuía e não a desenvolveu. Não há diferença estatisticamente significativa entre as respostas por curso ($p > 0,05$) (Tabela 9).

Tabela 9. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Diagnóstico”. Crato-CE, Brasil. 2019.

DIAGNÓSTICO	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	7	46,67	13	68,42	1,00
Já possuía e não aprimorei	0	-	1	5,26	---
Não possuía e desenvolvi	7	46,67	2	10,53	0,49
Não possuía e não desenvolvi	1	6,67	1	5,26	---
Não sei identificar	0	-	1	5,26	---
Prefiro não responder	0	-	1	5,26	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Nos discursos dos mestrados, entende-se a integração do desenvolvimento do domínio “Diagnóstico” com as atividades de dispersão na comunidade, com a realização dos grupos tutoriais (GTs) em que se discutiam casos fictícios e elencavam

os principais problemas, com a habilidade de levantar dados e identificar necessidades a partir da observação ou escuta qualificada da população-alvo para buscar soluções adequadas.

“A habilidade e necessidade de fazer levantamentos, pesquisas em diversos âmbitos, para que se reconheça o que está deficitário e em que devemos tentar intervir, dando prioridade as ações que são mais urgentes e necessárias, e adiando um pouco as menos urgentes mas não menos importantes. Logo o mestrado aprimorou minhas atribuições e habilidades de busca, de investigação, de pesquisa, de interesse pela realidade, a fim de identificar problemas e questões que merecem ser transformadas com ações de promoção da saúde” (M4).

“A partir das atividades propostas na comunidade, quando era necessário observar e perceber quais as necessidades do público atendido, para que, assim, pudesse ser realizada uma ação condizente com a realidade” (M10).

“Realizando escuta qualificada das necessidades da população para em conjunto buscar soluções efetivas” (M13).

“Trabalhos de dispersão e os Gts mostraram como desenvolver essa habilidade a medida que discutia os problemas envolvidos e buscavam soluções” (M19).

Sendo assim, o estímulo encontrado nos PPC para esse domínio alcançou êxito na percepção da maior parte dos formandos quanto ao desenvolvimento e/ou aprimoramento das competências em promoção das saúde.

Segundo Oliveira e Reis (2016) a complexidade da implementação do SUS vem exigindo constantemente o uso de processos, ferramentas e tecnologias que favoreçam a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades a fim de proporcionar a tomada de decisão de forma consciente, eficiente e eficaz.

O mapeamento do território ou territorialização é uma estratégia essencial para que possam ser identificadas as necessidades de saúde, a sua origem e o impacto sobre a comunidade. As ações de saúde devem ser planejadas sob essa perspectiva para se adequarem às singularidades de cada território, auxiliando na atenção integral em saúde (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016).

Nesse contexto, a territorialização traz a compreensão de que a APS deve ser o centro das políticas de saúde pública, pois une o profissional da saúde e a comunidade em torno do diagnóstico situacional daquela área de abrangência,

indicando como devem ser direcionadas as ações em saúde para redução das iniquidades e aumento da qualidade de vida daquela população (ARAÚJO et al., 2017).

O diagnóstico participativo é outra estratégia que corresponde a um levantamento entre as lideranças sociais, visando elencar os principais problemas de saúde, social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial e político-institucional e compreender melhor sua situação e priorizar os problemas (CERQUEIRA, 2015). Ademais, o diagnóstico favorece a escuta coletiva dos moradores e setores parceiros em alusão ao território e as condições de saúde de uma determinada população para a construção de um planejamento local que busque por melhorias na saúde de acordo com as necessidades elencadas (CERQUEIRA, 2015; SOUSA et al., 2017).

Dessa forma, levantar os problemas de saúde de uma população e as características do seu território, incluindo as fragilidades e potencialidades, favorece um melhor planejamento de ações em promoção da saúde, uma vez que traça objetivos e metas em cima da realidade local e conta com a participação conjunta de instituições parceiras e da comunidade.

5.3.9 PLANEJAMENTO

O domínio de CPS “Planejamento” se refere ao desenvolvimento de metas e objetivos reais e mensuráveis para ações de promoção da saúde e à identificação de estratégias em resposta à avaliação das necessidades e recursos, fundamentados no conhecimento teórico-prático e no diagnóstico situacional em parceria com os atores/parceiros sociais (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

O domínio Planejamento foi abordado pelos cursos em seus PPC enfatizando o planejamento compartilhado para atividades de cunho teórico e prático que incitam a definição de objetivos, as metodologias e alternativas de implementação e de monitoramento e avaliação adequadas para essas ações (Quadro 9).

Quadro 9. Domínio “Planejamento” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO

PLANEJAMENTO	“[...] propor alternativas de ações apropriadas ao cotidiano, como espaço e objeto de intervenção profissional [...]” (p.14);	“[...] cada grupo deve então elaborar a atividade [...]” (p.23);
	“Desenvolver habilidades para o processo de planejamento e gerência local em saúde.” (p.14);	“[...] exercitar o planejamento e a condução de práticas nas comunidades [...]” (p.23);
	“[...] estabelecer um fluxograma de atendimento que garanta ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação [...]” (p.26);	“[...] hipóteses de solução [...]” (p.25);
	“[...] planejamento em equipe de atividades para promoção da saúde.” (p.28);	“[...] exercitar a equipe na elaboração de projetos de intervenção.” (p.23);
	“[...] propondo medidas efetivas de curto, médio e longo prazo [...]” (p.30).	“[...] cada seminário deve ser devidamente planejado pelos mestrandos [...]” (p.21).

FONTE: Elaborado pela autora.

A maior parte dos residentes referem que já possuíam e aprimoraram o planejamento em suas ações de promoção da saúde, outros relatam que não possuíam, mas desenvolveram ao longo do curso (Tabela 10). Esses formandos identificaram que o curso contribuiu com o domínio “Planejamento” a partir das atividades propostas que requeriam planejamento, a exemplo a territorialização como ferramenta que subsidia o plano de ações, considerando as necessidades reais da população e do território.

“Já possuía e dentro do programa aprimorei mais ainda, pois a maioria das atividades necessitavam ser planejadas para que pudesse ser executada da melhor forma possível” (R4).

“Realizar intervenções sempre exigiram um planejamento prévio, o que ajudou no desenvolvimento dessa competência” (R7).

“Com o processo de reconhecimento do território e posterior intervenção” (R10).

Entre os mestrandos ocorreu semelhante, uma vez que parte significativa desses participantes do estudo referiram que já possuíam e aprimoraram o domínio de CPS “Planejamento” ou que não possuir, mas desenvolveram durante o curso. Não se observa diferença estatisticamente significativa entre as respostas por curso ($p > 0,05$) (Tabela 10).

Tabela 10. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Planejamento”. Crato-CE, Brasil. 2019.

PLANEJAMENTO	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	10	66,67	11	57,84	1,00
Já possuía e não aprimorei	0	-	1	5,26	---
Não possuía e desenvolvi	4	26,67	4	21,05	0,23
Não possuía e não desenvolvi	0	-	3	15,79	---
Não sei identificar	1	6,67	0	-	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Nos depoimentos abaixo, os mestrados reconhecem o estímulo para esse domínio através das atividades que solicitavam o planejamento das ações, definindo objetivos e metas para buscar as soluções possíveis.

“No desenvolvimento de planilhas de planejamento estratégico e de planos de cuidado em saúde” (M3).

“Foi discutido no mestrado que a falha nas ações de promoção acontecem justamente pela falta de planejamento dos profissionais. (...) fui instigada a planejar melhor minhas ações (...)” (M16).

“(...) necessidade de estipular metas e objetivos que sejam possíveis de serem alcançados, sendo, que o mesmo deve ser planejado em equipe” (M5).

Nessa perspectiva, os documentos dos PPC do curso RMSC e do MPSF incitam o desenvolvimento do domínio em “Planejamento” e a maioria dos formandos desses cursos corroboram com esses achados quando referem tê-lo desenvolvido ou aprimorado durante o curso.

Diante de uma assistência ainda centrada no modelo biomédico com destaque para a medicalização e tratamento das doenças, torna-se um grande desafio realizar um planejamento de ações em saúde que busquem transformar essa visão curativista a favor da prevenção de riscos e agravos e da promoção da saúde (ANDRADE et al., 2013).

Realizar um planejamento em promoção da saúde implica discutir e problematizar junto com a comunidade as necessidades inerentes àquele território,

desenvolvendo uma reflexão crítica sobre os aspectos identificados pela comunidade para definir objetivos, metas e possíveis soluções (MAEYAMA et al., 2015).

Além da participação comunitária nas ações de planejamento, é importante que haja uma diversificação de saberes da área da saúde a partir de uma equipe multiprofissional para fortalecer e ampliar todas as etapas do planejamento até a sua execução e proporcionar à população o acesso a uma atenção integral em saúde (ANDRADE et al., 2013).

Nesse sentido, um planejamento em saúde que vise a integralidade do cuidado deve considerar a participação de todos os envolvidos, enquanto equipe e comunidade, e relacionar as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação para que sejam implementadas diariamente, buscando alcançar os objetivos pactuados coletivamente (SILVA et al., 2015).

5.3.10 IMPLEMENTAÇÃO

Conforme definição do CompHP, o domínio de CPS “implementação” compreende em realizar ações de promoção da saúde efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/parceiros sociais, utilizando de recursos e materiais apropriados para a ação, segundo as metas e objetivos traçados durante a fase do planejamento (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Tanto na residência, como no mestrado, foi percebido a aspiração em alcançar o domínio de implementar as ações em promoção da saúde (Quadro 10).

Quadro 10. Domínio “Implementação” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
	RESIDÊNCIA	MESTRADO
IMPLEMENTAÇÃO	<p>“[...] desenvolverá ações de promoção em saúde coletiva [...]” (p.27);</p> <p>“[...] serão realizadas atividades de natureza individual e coletiva para promover a saúde [...]” (p.21);</p> <p>“[...] realização de ações em promoção à saúde [...]” (p.26);</p>	<p>“Realizar ações de promoção da saúde.” (p.11);</p> <p>“Desenvolver atividades de educação em saúde no contexto da atenção primária.” (p.11);</p>

	<p>“[...] intervir na promoção do lazer, desporto e qualidade de vida [...]” (p.27);</p> <p>“[...] participar da atenção à saúde de todos os indivíduos no território [...]” (p.28);</p> <p>“[...] atuar de forma a garantir a integralidade da assistência [...]” (p.29).</p>	<p>“Realizar a atenção e a gestão do cuidado [...]” (p.11);</p> <p>“[...] aplicação à realidade [...]” (p.25).</p>
--	--	--

FONTE: Elaborado pela autora.

Na residência a maior parte dos formandos referiram que não possuíam essa competência em implementar ações em promoção da saúde, porém desenvolveram durante o curso. Outros relataram já possuir essa capacidade de realizar promoção da saúde e ao longo do curso puderam aperfeiçoá-la (Tabela 11). Estes atribuem essa contribuição da residência à articulação do ensino com os serviços de saúde que proporciona o campo de práticas e aprendizagem e às atividades inerentes ao curso que requeriam a implementação de práticas em promoção da saúde.

“Binomio Ensino-serviço” (R6).

“A residência propiciou a experiência de implementar projetos, o que não havia acontecido anteriormente em minha prática profissional” (R7).

“Mediante os planos e ações que tínhamos que desenvolver nos cenários de atuação” (R9).

Entre os formandos do curso de mestrado profissional, metade deles referiram que já possuíam a capacidade de implementação das ações de promoção da saúde e ainda conseguiram aprimorá-la durante o curso. Ainda 21,05% afirmaram que não possuíam a competência em implementar ações em promoção da saúde, porém a desenvolveu posteriormente no curso. Em contrapartida, alguns relataram que já possuíam essa competência, mas não a aprimorou ou que não possuíam e não desenvolveram essa competência no mestrado. Embora se perceba diferenças na proporção das respostas por curso, elas não são suficientes para indicar que sofreram influência dos cursos ($p > 0,05$) (Tabela 11).

Os mestrandos que consideraram que o curso proporcionou o desenvolvimento ou aperfeiçoamento para a implementação de ações em promoção da saúde indicam que isso foi possível a partir das atividades de dispersão, especialmente, no módulo em Promoção da Saúde e com abordagem na Educação Popular em Saúde, além dos conhecimentos e metodologias exploradas nas disciplinas.

“Antes do mestrado minha visão era de que eu precisava repassar meus conhecimentos e os usuários iriam assimilar e, magicamente, executar tudo. Mera ilusão. Essa imposição de conteúdo e de educação bancária sobre a população não mostra efetividade. No mestrado pude perceber a importância de saber o que o usuário tem de conhecimento prévio, o que ele acredita, o que quer aprender, qual a sua realidade, e como podemos ajudá-lo a modificar essa realidade baseado em suas reais possibilidades. A educação popular em saúde e o pensamento freiriano de diálogo, empoderamento, participação, reflexão crítica me foi apresentado no curso, e essa pode ser uma alternativa para buscar resolutividade nas ações” (M4).

“Através de conteúdos trabalhados, da troca de experiências com os colegas e de atividades de dispersão realizadas durante o módulo de Promoção da saúde” (M2).

“O uso do círculo de cultura proporcionado no módulo de educação em saúde despertou para essa habilidade nas práticas do trabalho” (M19).

Tabela 11. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Implementação”. Crato-CE, Brasil. 2019.

IMPLEMENTAÇÃO	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	4	26,67	10	52,63	0,54
Já possuía e não aprimorei	0	-	3	15,79	---
Não possuía e desenvolvi	9	60	4	21,05	0,14
Não possuía e não desenvolvi	0	-	2	10,53	---
Não sei identificar	1	6,67	0	-	---
Prefiro não responder	1	6,67	0	-	---
Total	15	100	19	100	---

FONTE: Elaborado pela autora.

Assim, os documentos oficiais dos cursos coadunam com os achados nas respostas e discursos dos formandos tanto da residência, como do mestrado.

Não existem receitas prontas de como implementar ações de promoção da saúde, pois todo o processo de planejamento, execução e avaliação deve estar baseado em cada realidade, considerando suas singularidades e seus determinantes sociais (MAEYAMA et al., 2015).

Promover saúde envolve as dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, a participação popular, o cuidado com o ambiente e a reorientação dos serviços de saúde (TAVARES et al., 2016).

Os princípios e os eixos de ação da promoção da saúde norteiam o desenvolvimento efetivo de ações direcionadas à mudança das condições de vida das pessoas e das comunidades. Estas ações podem e devem ser realizadas nos espaços micro e macropolíticos, através de implementação de projetos comunitários e políticas sociais amplas concebidas como tecnologias sociais (MAEYAMA et al., 2015).

A nova versão da PNPS estimula o aumento das possibilidades de ações em promoção da saúde alicerçados pelos determinantes sociais de cada território e sua capacidade de transformação em saúde. Ressalta-se que para a efetivação da PNPS não basta apenas o empenho da gestão, mas a participação ativa dos trabalhadores e da comunidade (DIAS et al., 2018a).

Na premissa da efetivação da PNPS e da implementação das ações no território, na visão de gestores, é importante o exercício da intersetorialidade, profissionais competentes em promoção da saúde, adesão da comunidade e dos profissionais nas ações, a cobertura da ESF, a articulação com instituições de ensino e a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (DIAS et al., 2018a).

No estudo de Andrade et al. (2013) alguns fatores são indicados como facilitadores para a realização de ações educativas em saúde, como: a participação, a colaboração, o interesse e a motivação da equipe multiprofissional. Assim, os profissionais precisam inicialmente compreenderem a importância da promoção da saúde para se sentirem motivados e determinados a firmarem compromisso com as ações em promoção da saúde e, somente assim, conseguirem empoderar a população também nesse sentido.

As dificuldades na percepção de gestores são os custos para a implementação de ações e/ou para a capacitação de profissionais, além da falta de estrutura na atenção básica, ausência de cobrança da aplicação dos recursos, a falta de indicadores avaliativos, escassez de recursos humanos, dificuldade de transportes, falta de adesão da população, burocratização dos processos de trabalho, sobrecarga de atividades para atenção básica, desconhecimento da PNPS por trabalhadores e população. Ressalta-se que alguns desses fatores podem também emergir como

potencialidade a depender das particularidades dos serviços, profissionais e comunidade (DIAS et al., 2018a).

O estudo de Malta et al. (2018) corrobora com os desafios financeiros instaurados nos últimos tempos, pois o congelamento de recursos poderá afetar tanto municípios, como estados e isso implicará na diminuição da oferta de serviços do SUS, indicando um obstáculo na sustentabilidade da PNPS e sua implementação no SUS.

Outros fatores que dificultam a implementação das ações em promoção da saúde e da garantia da democracia, justiça social e cidadania são: a desregulação de leis de proteção ambiental e desenvolvimento sustentável; o aumento do desemprego; a precarização do trabalho; a fragilidade dos direitos à previdência social; o rearmamento da sociedade; a deterioração das políticas de proteção e inclusão social; entre outras reformas que necessitam de uma sociedade que se mobilize para a reivindicação de pactos que assegurem a implementação da promoção da saúde por meio da PNPS (MALTA et al., 2018).

Destarte, considerando a importância do envolvimento profissional na implementação em promoção da saúde e seu êxito, é fundamental priorizar pelas estratégias de formação e educação permanente que podem desenvolver as competências nos profissionais, melhorando os resultados e a abrangência da assistência em saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

5.3.11 AVALIAÇÃO E PESQUISA

O CompHP descreve o domínio de CPS “Avaliação e Pesquisa” como a capacidade de utilizar métodos de avaliação e de investigação pertinentes, em parceria com as partes interessadas, para determinar o alcance, o impacto e a eficácia da ação de promoção da saúde. Além disso, é importante ressaltar que a identificação e utilização de ferramentas de avaliação e de métodos de pesquisa precisam estar adequados e integrando o processo de avaliação, planejamento e implementação das ações de promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Nos PPC também foi reconhecido o domínio “Avaliação e Pesquisa” por meio de trechos que demonstraram o incentivo à pesquisa científica e à avaliação de processos, práticas e resultados de ações em promoção a partir da aplicação de metodologias e instrumentos para este fim (Quadro 11).

Quadro 11. Domínio “Avaliação e Pesquisa” nos PPC dos cursos. Crato-CE, Brasil. 2019.

DOMÍNIO	Trechos dos documentos que evidenciem o estímulo para a competência	
AVALIAÇÃO E PESQUISA	RESIDÊNCIA	MESTRADO
	<p>“Realizar pesquisas a partir da ação de forma contínua, integrando o conhecimento teórico à vivência prática no contexto da promoção da saúde.” (p.14);</p> <p>“[...] a adoção de metodologias inovadoras de avaliação [...]” (p.16);</p> <p>“[...] avaliar o efeito da aplicação de diferentes técnicas, instrumentos, equipamentos, procedimentos e metodologias [...]” (p.28);</p> <p>“[...] deverá utilizar de ferramentas de avaliação crítica [...]” (p.30).</p>	<p>“Desenvolver processo de investigação e intervenção [...]” (p.11);</p> <p>“Realizar ações de planejamento e avaliação na atenção primária em saúde” (p.11);</p> <p>“[...] utilização de várias estratégias educacionais e seus respectivos instrumentos de avaliação.” (p.27);</p> <p>“Devolutiva do processo para o grupo: o voluntário faz autoavaliação, o grupo faz avaliação do desempenho do colega voluntário, e o instrutor faz a avaliação do processo” (p.22);</p> <p>“[...] inclui a capacidade de avaliar processos, práticas, resultados e a autoavaliação.” (p.27).</p>

FONTE: Elaborado pela autora.

Entre os residentes, em relação ao domínio “Avaliação e Pesquisa” as respostas foram bem variadas. Dessas, 26,67% relataram que já possuíam e aprimoraram o domínio, 33,33% não possuíam, mas desenvolveram, e outros não possuíam e não desenvolveram, assim como tiveram aquelas que não souberam identificar como e se ocorreu o estímulo para esse domínio (TABELA 12). Nos discursos referem que esse domínio foi desenvolvido por meio de pesquisas e práticas na residência.

“A avaliação sempre foi um aspecto presente na execução das ações da residência” (R7).

“Desenvolvimento de pesquisas de avaliação da implantação de ações e programas” (R14).

Os mestrandos consideraram duas respostas predominantes no que diz respeito ao domínio de competência em promoção da saúde “Avaliação e Pesquisa”, sendo elas “já possuía e aprimorei” e “não possuía e desenvolvi”. Somente 10,53% consideraram que não possuíam e não desenvolveram (TABELA 12). Apesar de se observar diferenças na proporção das respostas por curso, estas não são suficientes para indicar que sofreram influência dos cursos ($p=1,00$).

Tabela 12. Análise de dependência entre as respostas dos cursistas segundo o domínio “Avaliação e Pesquisa”. Crato-CE, Brasil. 2019.

AVALIAÇÃO E PESQUISA	RESIDÊNCIA		MESTRADO		p-valor
RESPOSTA	n	%	n	%	<0,05
Já possuía e aprimorei	4	26,67	8	42,11	1,00
Já possuía e não aprimorei	0	0	0	0	---
Não possuía e desenvolvi	5	33,33	9	47,37	1,00
Não possuía e não desenvolvi	1	6,67	2	10,53	---
Não sei identificar	3	20	0	-	---
Prefiro não responder	2	13,33	0	-	---
Total	15	100	19	100	

FONTE: Elaborado pela autora.

Nos discursos dos mestrandos que consideraram a contribuição do curso favorável ao desenvolvimento e aprimoramento do domínio “Avaliação e Pesquisa” referem que isso ocorreu a partir do uso de instrumentos e ferramentas, avaliação qualitativa e quantitativa, pesquisas científicas e das atividades propostas que sempre incentivavam a realização da avaliação ao final da ação.

“(...) Não imaginava as inúmeras formas de se avaliar quanti ou qualitativamente ações de promoção da saúde, mas pude aprender e treinar algumas como forma de aprendizagem. Se você desconhece a importância e a necessidade dessa avaliação você não a realiza. (...)” (M4).

“Fomos estimulados a sempre que realizar uma atividade, seja a mais simples, sempre fazer uma avaliação para podermos observar se nossos objetivos foram alcançados e possíveis melhorias” (M6).

“Aprimorei teoricamente a partir do acesso a alguns instrumentos de avaliação” (M10).

“Fizemos uma ação de promoção e tivemos que pensar num instrumento que pudesse avaliar a ação. Foi interessante porque desde então, passei a avaliar todas as minhas ações. (...)” (M16).

“A medida que tivemos contato com pesquisas e métodos de pesquisa (...)” (M19).

Destarte, a maioria das respostas dos formandos estão direcionadas à contribuição positiva dos cursos para o desenvolvimento desse domínio, embora para os residentes esse resultado tenha sido um pouco aquém comparado aos mestrandos.

A educação permanente em saúde por meio de cursos como o de residência e mestrado profissional favorecem aos discentes o acesso à ferramentas, a exemplo de módulos de autoaprendizagem, casos clínicos interativos e planilhas eletrônicas para monitoramento automatizado de ações programáticas, que facilitam as avaliações de políticas e ações de saúde para ampliar o conhecimento em busca de possibilidades de solução de problemas em saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A vigilância, monitoramento e avaliação está prevista como estratégia operacional para a concretização das ações de promoção da saúde, considerando o uso de diferentes abordagens na criação e análise de informações em saúde, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2014).

“É necessária a apropriação dos conhecimentos e práticas acerca da avaliação em saúde como atividade intrínseca à rotina dos serviços, ações, programas e políticas de saúde, por parte dos gestores e profissionais de saúde” (OLIVEIRA; REIS, 2016, p.10). Ressalta-se que é fundamental um planejamento em saúde de qualidade e que os processos de avaliação e monitoramento estejam vinculados à este, buscando atingir os objetivos e metas definidos (OLIVEIRA; REIS, 2016).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde estão relacionadas com o alcance da universalidade, integralidade e equidade. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, apesar da redução do financiamento do SUS, é uma das estratégias de avaliação e monitoramento em saúde que representa suma importância para a institucionalização da avaliação e a definição de padrões de qualidade na atenção primária em saúde, direcionada aos princípios do SUS (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

É essencial reconhecer os avanços em direção ao fortalecimento de processos de monitoramento e avaliação no SUS, entretanto ainda não se configura uma cultura da gestão e dos trabalhadores. Algumas das dificuldades podem ser elencadas devido aos programas com execução verticalizada e não participativa, e à demanda de educação permanente para os profissionais de saúde para atuarem nessa função com competência técnico-científica (OLIVEIRA; REIS, 2016).

No estudo de Dias et al. (2018a) com gestores, oito deles afirmaram que desconheciam algum indicador de monitoramento sobre promoção da saúde, dois reconheciam que existiam, todavia não sabiam quais eram, oito relataram que existiam e conseguiram relacioná-los com o Programa Saúde na Escola, os indicadores relativos à atividade física, a redução da morbimortalidade por acidente e a prevenção da violência.

Percebeu-se que não haviam instrumentos de monitoramento e avaliação para as ações em promoção da saúde nos municípios, implicando na invisibilidade de alguns resultados e, portanto, demonstrando a necessidade de se estabelecer indicadores de acompanhamento para essas ações e que fossem disseminados para o conhecimento de todos os atores envolvidos (DIAS et al., 2018a).

Os indicadores de saúde representam uma das principais ferramentas para os processos de monitoramento e avaliação, haja vista que proporcionam o conhecimento sobre a situação de saúde às equipes gerenciais, dirigentes, políticos e cidadãos e, assim, podem opinar e decidir acerca dos múltiplos e complexos arranjos da saúde com enfoque no gerenciamento da qualidade. Outrossim, deve-se também avaliar os resultados da ação a partir de critérios, como da eficiência, eficácia e efetividade para descobrir se os objetivos e metas foram alcançados e, assim, se a ação obteve êxito (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Pesquisas científicas de cunho abrangente e que abordem os modelos conceituais, grupos de comparação, definição de indicadores, padronização de instrumentos e abordagens estatísticas são muito importantes para subsidiar as políticas direcionadas à melhoria da qualidade da assistência e precisam de incentivos e valorização (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Em suma, os onze domínios de competências em promoção da saúde foram identificados nos documentos dos PPC, demonstrando a ênfase dos cursos em promoção da saúde e na construção de perfil de egressos a partir de competências. Contudo, não foram todos os formandos que alcançaram o desenvolvimento ou

aperfeiçoamento dos domínios em promoção da saúde, embora uma maioria tenha reconhecido a contribuição dos cursos para esse objetivo.

Os cruzamentos estatísticos demonstraram que não houve significância estatística quando comparados os cursos, pois admitiu-se o valor de p menor ou igual a 5%. Pode-se inferir, então, que os resultados em cada curso apresentaram similaridade nos seus achados quanto ao desenvolvimento de competências em promoção da saúde.

No gráfico abaixo, percebe-se que todos os domínios obtiveram respostas positivas na percepção dos formandos sobre o seu desenvolvimento durante os cursos. Entretanto, nos domínios “Advocacia em Saúde” e “Liderança” observou-se um desenvolvimento ou aprimoramento aquém comparado aos outros.

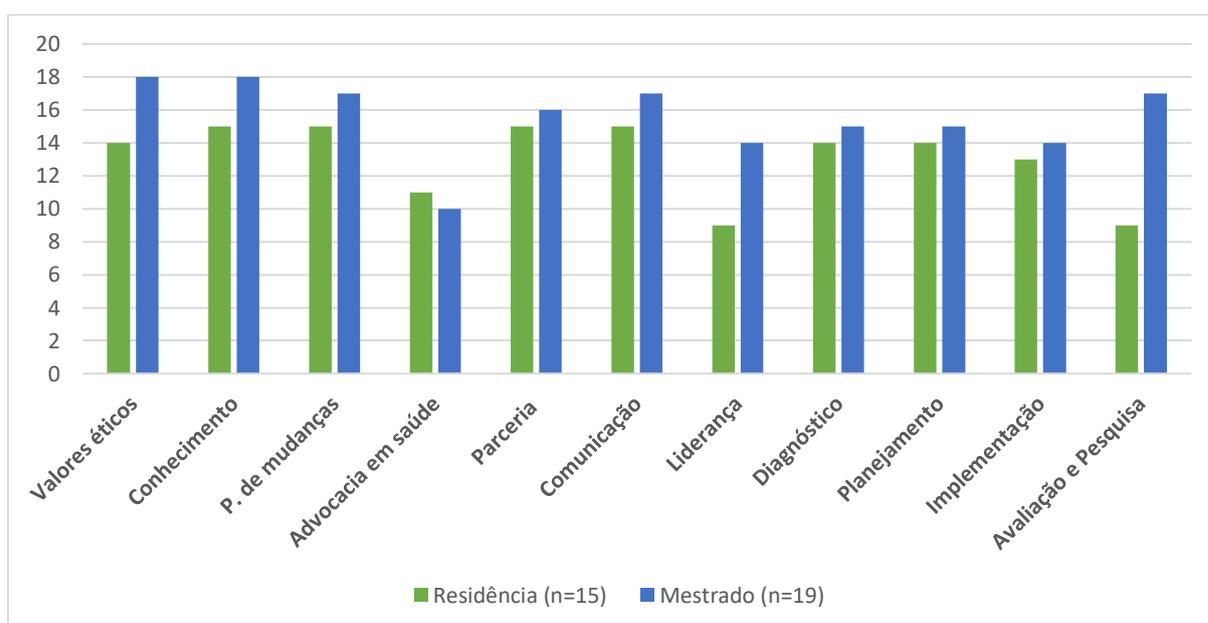


FIGURA 2. Contribuição dos cursos da RMSC e do MPSF para o desenvolvimento ou aprimoramento de CPS pelos formandos. Crato-CE. 2019.

FONTE: Elaborado pela autora.

Como ressaltam Figueira et al. (2018) e Germani e Aith (2013), é evidente a complexidade em advogar em saúde, uma vez que necessita de conhecimento e habilidade profissional em mobilizar setores e comunidade para a busca de melhorias em saúde.

Em relação à liderança, sabe-se da associação desta com a personalidade e formação profissional, tornando essa competência desafiadora para muitos. Contudo, o estímulo da educação permanente em saúde e a motivação do profissional podem auxiliar que a liderança seja alcançada por estes (LANZONI et al., 2015).

Enquanto isso, na residência, o domínio “avaliação e pesquisa” apresentou um declínio comparado a outros domínios, possivelmente por não se constituir ainda uma constante nas práticas dos profissionais e gestores, embora ultimamente tenham acontecido avanços nos processos avaliativos em saúde (OLIVEIRA; REIS, 2016).

No mestrado, o domínio “implementação” também teve desenvolvimento um pouco inferior dos outros domínios. Entretanto, Dias et al. (2018a) apreciam que a educação permanente em saúde ainda é uma das principais formas de se fortalecer a implementação de ações em promoção da saúde, devendo ampliar a compreensão, sensibilização e compromisso destes profissionais para com a efetividade da promoção da saúde.

Esses achados alusivos às dificuldades de desenvolvimento para “implementação” e “avaliação em pesquisa”, se assemelham aos resultados do estudo de Sobral et al. (2018) com discentes de uma residência multiprofissional em saúde, haja vista que estes domínios não foram reconhecidos nas falas dos participantes. Todavia, nesse mesmo estudo, foram identificados os domínios “possibilidade de mudanças”, “advocacia em saúde”, “liderança”, “comunicação” e “diagnóstico”.

No questionário ainda continham duas perguntas discursivas, são elas: (1) “Quais competências, além das citadas, você considera que desenvolveu com o curso de pós-graduação (residência, mestrado)?”; (2) “Quais competências, além das citadas, você gostaria de ter desenvolvido com o curso de pós-graduação (residência, mestrado)?”.

Para a primeira pergunta, na residência alguns não quiseram ou souberam elencar resposta, outros apresentaram respostas associadas ao agir profissional quanto a ter compromisso e dedicação no trabalho e priorizar a humanização na assistência, como citam abaixo:

“Disciplina” (R6);

“Comprometimento e dedicação” (R9);

“Humanização em saúde” (R14).

No mestrado emergiram respostas direcionadas ao desempenho em realizar atividades pedagógicas, à habilidade de atuar em ambientes diversos, assumindo muitas atribuições, a capacidade de se motivar e motivar ao próximo para as ações em saúde, e o respeito ao conhecimento do outro.

“Respeitar e considerar sempre o conhecimento do outro diante de qualquer temática, sabendo sempre que ele tem um conhecimento e/ou experiência prévia.”

(M3);

“Concentração, paciência, versatilidade, atuar nas adversidades” (M4);

“Competência pedagógica.” (M7);

“Motivacional(...).” (M19).

Para a segunda pergunta, quando muitos consideraram que não haviam outras competências que gostariam de desenvolver, outros elucidaram que poderiam ser direcionadas para a gestão, o ensino, o autocontrole de emoções e sentimentos e a motivação da equipe para ações em promoção da saúde permanentemente, como ilustrado nos discursos abaixo:

“Maiores Conhecimentos práticos de gestão em saúde.” (R15).

“(...) Habilidades para o ensino” (M3).

“Autocuidado, controle de tensões.” (M4).

“Capacidade para trabalhar a motivação da equipe de saúde da família para o desenvolvimento de atividade de promoção da saúde de forma permanente.” (M8).

“Aspectos relacionados à docência.” (M10).

Percebe-se que, além das CPS, as competências que os formandos desenvolveram nos cursos comparado às que eles gostariam de ter desenvolvido apresentam divergências nas respostas, uma vez que, por exemplo, um formando conseguiu desenvolver determinada competência que faltou para outro formando do mesmo curso. Isso demonstra que, possivelmente, as competências precisam ser estimuladas por meio de educação permanente, porém cabe ao discente manifestar interesse, esforço e compromisso para desenvolvê-la, principalmente, quando tiver dificuldades intrínsecas à sua personalidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento dos formandos sobre competências em promoção da saúde trouxe um enfoque na associação de “conhecimento” e “habilidade” para a obtenção de competências, ainda ressaltando a importância de aperfeiçoamento teórico-prático através de “capacitação” profissional, além de sempre buscar estar habilitado para “avaliar” suas ações em promoção da saúde.

Compreende-se que tanto o curso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, quanto o curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família buscam além da formação profissional, a transformação de práticas. Ambos contribuíram positivamente para o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de competências em promoção da saúde, fortalecendo as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde quanto ao compromisso com a formação e a educação permanente com ênfase em promoção da saúde.

Um resultado importante foi a identificação de todos os domínios em promoção da saúde nos documentos oficiais dos cursos a partir da exploração textual que conferissem as competências para esses domínios. Outrossim, na percepção da maioria dos formandos, ambos os cursos favoreceram ao desenvolvimento e/ou aprimoramento das competências em promoção da saúde e conseguiram elencar as formas ou atividades que mais os estimularam para esse objetivo.

Em contrapartida, alguns não reconheceram essa contribuição para determinados domínios em promoção da saúde. Em especial, à “Advocacia em Saúde” e “Liderança”, percebeu-se uma menor contribuição dos cursos para o incentivo ao desenvolvimento de competências.

Não obstante, esse estudo favoreceu uma reflexão sobre a importância dos profissionais adquirirem competências para atuar no território norteando e fortalecendo as ações em promoção da saúde, o que se torna um desafio diante da instalação de uma assistência ainda centrada nas condições agudas e na medicalização em saúde.

Além disso, possibilitou incitar uma educação permanente com ênfase na promoção da saúde e no desenvolvimento de competências para os profissionais se tornarem aptos no âmbito teórico-prático, visando a realização de ações em promoção da saúde de forma efetiva e com qualidade.

Os resultados deste estudo serão apresentados para os cursos avaliados, e quiçá, poderá subsidiar o planejamento das ações educativas das disciplinas e módulos de cada curso na perspectiva da promoção da saúde e desenvolvimento de competências.

Ressalta-se como limitação do estudo terem sido avaliados apenas dois cursos de pós-graduação em saúde, embora tenham sido os cursos que se enquadraram com as características da articulação ensino-serviço-comunidade e de caráter multiprofissional.

Sugere-se a realização de outros estudos em cursos de graduação e/ou pós-graduação em saúde na perspectiva do desenvolvimento de competências em promoção da saúde, a fim de estimular a adequação das propostas curriculares que priorizem a capacitação dos profissionais para o compromisso com as ações em promoção da saúde e, assim, fortalecer essas ações nos territórios junto à comunidade participativa e empoderada.

REFERÊNCIAS

- ALLEGGRANTE, J. P. et al. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Education & Behavior**, p. 427–438, 2009. Disponível em: <https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2265/2009_ja_credentialing_in_hp_heb_36.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 de maio de 2018.
- ALMEIDA, W.L. de; SALAZAR S.N. Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social. **O Social em Questão**, p. 255 – 276, 2017. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_SL_art_2_Almeida_Salazar%20\(1\).pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_SL_art_2_Almeida_Salazar%20(1).pdf)>. Acesso em: 11 de set. de 2018.
- ANDRADE, A.C.V.; Schwalm, M.T.; Ceretta, L.B.; Dagostin, V.S.; Soratto, M.T. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2013;37(4):439-449.
- ARAÚJO, G.B.; ALVES FILHO, F.W.P.; SANTOS, R.S.; LIRA, R.C.M. TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO PARA ESTUDANTES DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **SANARE**, Sobral - V.16 n.01, p. 124-129, Jan./Jun. – 2017.
- ARROYO, H. V. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. **Global health promotion**, p. 66–72, 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975909104111>>. Acesso em: 05 de set. de 2018.
- BANOV, M. R. **Recrutamento, seleção e competências**. São Paulo: Atlas, 2010.
- BANDINI, M.; GERMANI, A.C.C.G. Competências Requeridas para os Promotores de Saúde. **Revista Proteção**. 01 abr. 2015. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/artigos_marcia_bandini_11620151450457055475.pdf> Acesso em 28 de set de 2019.
- BARRETO, I. C. de H. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, p. 80-93, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/07.pdf>> . Acesso em: 11 de set. 2018.

BARRY, M. M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, 16(2), 05-11, 2009. Disponível em: <https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2281/2009_ja_galway_consensus_ghp_162.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 05 de maio de 2018.

BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M.M. Developing competency - based accreditation for health promotion in Europe. **Rev Med** (São Paulo). 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/79564/83582>> . Acesso em: 05 de maio de 2018.

BEZERRA, G.V. **A advocacia em saúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Saúde Coletiva**. Universidade de Brasília. 2016.

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2014; 18(48):177-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100177&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 de jun. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília. Edição: 183, seção, 01, p. 68. Brasília, 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**. 2009b.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 7, de 22 de junho 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Diário Oficial da União**. 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BUSANA, J.A.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; WENDHAUSEN, Á.L.P.; LAZZARI, D.D. FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, 9(11):9863-72, nov., 2015. DOI: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201529.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2013.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Competência Profissional: A Construção De Conceitos, Estratégias Desenvolvidas Pelos Serviços De Saúde E Implicações Para A Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>>. Acesso em: 02 de julho de 2018.

CAVALCANTI, A.D.; CORDEIRO, J.C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2015 Out-Dez; 10(37):1-9.

CAVALCANTI, P.B.; LUCENA, C.M.F. O USO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: TENTATIVAS HISTÓRICAS DE INTEGRAR AS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO. **Polêmica**, v. 16, n.1, p. 24-41, janeiro, fevereiro e março 2016 - DOI:10.12957/polemica.2016.21332.

CERQUEIRA, L. **Guia do Diagnóstico Participativo**. Brasília: Flacso, 2015. Disponível em: <<http://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2019.

CHING, H.; SILVA, E.C.; TRENTIN, P.H. FORMAÇÃO POR COMPETÊNCIA: EXPERIÊNCIA NA ESTRUTURAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DE UM CURSO DE ADMINISTRAÇÃO. **ADMINISTRAÇÃO: ENSINO E PESQUISA**. Rio de Janeiro V. 15 No 4 P. 697–727; OUT-NOV-DEZ, 2014.

CHIESA M.A. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm**. 2007;12(2):236-40. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i2.9829>>. Acesso em: 02 de julho de 2018.

COLIN, E.C.S.; PELICIONE, M.C.F. Territorialidade, desenvolvimento local e promoção da saúde: estudo de caso em uma vila histórica de Santo André, São Paulo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.27, n.4, p.1246-1260, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170850.

CONTI, F. **Biometria: Qui quadrado**. Capítulo 3. 2009. 13p. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/dicas/biome/biopdf/bioqui.pdf>> Acesso em: 02 de julho de 2018.

COSTA, C.M.M. et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde Soc**. São Paulo, p.1471-1481, 2014. Disponível em: <DOI 10.1590/S0104-12902014000400028>. Acesso em 10 de julho de 2018.

COUTINHO, M.P.L; BÚ, E. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do *software* tri-deuxmots (version 5.2). **Rev Campo Saber**. 2017.

CRESWELL, J.W; PLANO CLARK, V.L. *Projetando e conduzindo pesquisa de métodos mistos*. Milhares de Carvalhos: Sage Publications. 2011.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M.M. **The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook**. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011. Disponível em: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/nerovnosti/2011/5._CompHP_Core_Co mpetencies_Framework_for_Health_Promotion_Handbook_revised.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

DIAS, A.A. et al. Ações de promoção da saúde na atenção básica: o que dizem os docentes e discentes da área da saúde? **Cadernos ESP, Ceará** 6(2): 31-41, 2012. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/78/65>>. Acesso em: 12 de set, de 2018.

DIAS, M.S.A.; OLIVEIRA, I.P.; SILVA, L.M.S.; VASCONCELOS, M.I.O.; MACHADO, M.F.A.S.; FORTE, F.D.S.; SILVA, L.C.C. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):103-114, 2018a. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24682015.

DIAS, E.C.; CHIAVEGATTO, C.V.; OLIVEIRA, R.B.; BANDINI, M. **Competências essenciais requeridas para o exercício da medicina do trabalho**: revisão 2018 – 3. ed. – São Paulo, SP: ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2018b.

DOMINGOS, C.M.; NUNES, E.F.P.A.; CARVALHO, B.G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **INTERFACE: Comunicação, saúde, educação**. 2015; 19(55):1221-32. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140643.pdf>. Acesso em: 15 de set. de 2018.

DONATO, S.P.; ENS, R.T.; FAVORETO, E.D.A.; PULLIN, E.M.M.P. Da análise de similitude ao grupo focal: estratégias para estudos na abordagem estrutural das representações sociais. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v.14, n.37. 2017.

ENGSTROM, E.M.; MOTTA, J.I.; VENÂNCIO, S.A. formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1461-1470, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.00632016.

EVANGELISTA, S.C. et al. Percurso das ações de promoção da saúde na residência multiprofissional: análise à luz de um referencial europeu. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, 10(4), 69-82, dez, 2016. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2291>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE

JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 208-223, SETEMBRO 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):847-852, 2014.
FERNANDES, C.R. et al. Currículo Baseado em Competências na Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 36 (1) : 129 – 136 ; 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a18v36n1.pdf>>. Acesso em: 15 de set. de 2018.

FINKLER, M.; CAETANO, J.C.; RAMOS, F.R.S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10):3033-3042, 2013.

FIGUEIRA, A.B.; BARLEM, E.L.D.; AMESTOY, S.C.; SILVEIRA, R.S.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; RAMOS, A.M. Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71(1):65-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>.

FREITAS, M.L.A.; MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**. 2010;23(2):200-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>>. Acesso em: 19 de set. de 2018.

FREI, F. A utilização de Formulários Google para Avaliação Continuada: Aplicações no Ensino de Estatística para Cursos Universitários. **Revista Tecnologias na Educação**. 2017. Disponível em: < <http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2017/12/Art6-vol.23-Dezembro-2017.pdf>>. Acesso em 02 de março de 2019.

GAIO, A.V.A.; ROCHA, C., SOUSA, F.M. Acesso aberto como ferramenta para o empoderamento do paciente. **Cadernos BAD**, 2018, n.1, pp 350-360.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil - UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS – Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em 07 de julho de 2018.

GERMANI, A.C.C.G.; AITH, F. ADVOCACIA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE:

CONCEITOS, FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS PARA A DEFESA DA EQUIDADE EM SAÚDE. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa** – 5ª edição – SP: Atlas, 2010.

HAESER, L.M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 605-620, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3553-3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 12 de set. de 2018.

HOPPE, A.S.; MAGEDANZ, M.C.; WEIGELT, L.D.; ALVES, L.M.S.; REZENDE, M.S.; FISHBORN, A.F.; KRUG, S.B. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, 18(Supl.1):335-343, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.10927>

HORTALE, V.A. et al. Construção Teórico-Methodológica E Aprendizados Com A Experiência No Mestrado Profissional Em Saúde Da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, p. 11-23, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00078>>. Acesso em: 10 de julho de 2018.

HORTALE, V.A.; LEAL, M.C.L.; MOREIRA, C.O.F.; AGUIAR, A.C. Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):2051-2058, 2010. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63018747019.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2018.

KAMI, M.T.M; LAROCCA, L.M.; CHAVES, M.M.N.; LOWEN, I.M.V.; SOUZA, V.M.P.; GOTO, D.Y.N. Trabalho no consultório na rua: uso do *software* IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**. 2016.

KLEBA, M.E.; VENDRUSCOLO, C.; FONSECA, A.P.; METELSKI, F.K. Práticas De Reorientação Na Formação Em Saúde: Relato De Experiência Da Universidade Comunitária Da Região De Chapecó. **Cienc Cuid Saude**, 2012. Disponível em: <[10.4025/cienccuidsaude.v11i2.11709](http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i2.11709)>. Acesso em: 12 de set. de 2018.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica** (5th ed.). São Paulo: Atlas. 2010.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L.; THOFEHRN, M.B.; DALL'AGNOL, C.M. ACTIONS/INTERACTIONS MOTIVATING NURSING LEADERSHIP IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE. **Texto contexto - enferm.** vol.24 no.4. Florianópolis, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003740013>.

LEONELLO, V.M.; VIEIRA, M.P.M.; DUARTE, T.C.R. Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018;71(3):1136-42.

LIBERMAN, F. et al. Articulação prático-teórica e a produção de inovação no mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, p. 716-729, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00716.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2018.

LIMA, V.V.; FEUERWERKER, L.C.M.; PADILHA, R.Q.; GOMES, R.; HORTALE, V.A. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):279-288, 2015. Disponível em: [10.1590/1413-81232014201.21992013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21992013). Acesso em: 19 de setembro de 2018.

MACHADO, M.F.A.S. et al. O Processo De Construção Do Currículo No Mestrado Profissional Em Saúde Da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, p. 39-52, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00079>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

MACHADO, M.F.A.S.; MACHADO, L.D.S.; XAVIER, S.P.L.; LIMA, L.A.; MOREIRA, M.R.C.; FERREIRA, H.S. COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: O DOMÍNIO PARCERIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, 31(4): 1-7, out./dez., 2018.

MAEYAMA, M.A.; JASPER, C.H.; NILSON, L.G.; DOLNY, L.L.; CUTOLO, L.R.A. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015. DOI: [10.14210/rbts.v2.n1.p97-129-143](https://doi.org/10.14210/rbts.v2.n1.p97-129-143).

MALTA, D.C.; Reis, A.A.C.; Jaime, P.C.; Neto, O.L.M.; Silva, M.M.A.; Akerman, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1799-1809, 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MOREIRA, M.R.C.; MACHADO, M.F.A.S. Matrix of essential competencies in health promotion: a proposal for the Brazilian context. **OXFORD. Health Promotion International**, 2019, 1–13. Downloaded from <https://academic.oup.com/heapro/advance-articleabstract/doi/10.1093/heapro/daz096/5580660> by guest on 10 October 2019. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

NASCIMENTO, D.D.C., OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, p. 814-827, 2010. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/3815>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

NETTO-MAIA, L.L.Q.G. **Desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro**. 130p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-ADAJM8/luciana_de_lourdes_q._g._n._maia.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 de set. de 2018.

OLIVEIRA, G.W.B.; JACINSKI, L. **Desenvolvimento de um questionário para coleta e análise de dados de uma pesquisa, em substituição ao modelo Google Forms**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2017. Disponível em: <http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/8339/1/PG_COADS_2017_2_06.pdf>. Acesso em 02 de março de 2019.

OLIVEIRA, E.C. UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DO PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO (PPC) DO CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR. **ADMINISTRAÇÃO: ENSINO E PESQUISA**. Rio De Janeiro. V. 17 No 3 P. 403–437. SET-OUT-NOV-DEZ, 2016.

OLIVEIRA, A.E.F.; REIS, R.S. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-

SUS/UFMA. São Luís, 2016. 44f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII).

PAULA, D.M.P. de; FARIA, M.A.; ALMEIDA, J.D.L. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.** Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/127/169>>. Acesso em 12 de set. de 2018.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

PINHEIRO, D. G. M. et al. Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. **Saude soc.**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

PRADO; N.M.B.L.; SANTOS, A.M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 379-395, SETEMBRO 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S126.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PUGGINA, C.C.; AMESTOY, S.C.; FERNANDES, H.N.; CARVALHO, L.A.; BÃO, A.C.P.; ALVES, F.O. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMEIROS. **REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE**. Londrina, v. 16, n. 4, p. 87-97. out/dez. 2015.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 228 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

ROCHA, R.M. **Formação em Promoção da Saúde: estudo de egressos do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social**. Rio de Janeiro, 2015, 145f.

ROCHA, D. G. et. al. **Processo de Revisão da Política Nacional da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, p.

4313-4322, Nov. 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>>. Acesso em: 25 de set. 2018.

RODRIGUES, A.F.D. **Competências Essenciais Para O Sus: A Contribuição Da Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família Para A Reorientação Das Práticas Em Saúde No Município De Fortaleza**. 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Fortaleza – Ceará. 2016.

ROMAGNOLI, R.C.; SILVA, B.C. O cotidiano da intersetorialidade e as relações entre as equipes. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-126, 2019.

ROQUE, Z.V.M. **Promoção à saúde na Atenção Básica: estratégias para melhorar a qualidade de vida**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Aberta do SUS. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8789>>. Acesso em: 19 de set. de 2018.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 301-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>.

SANTOS, G.B., HORTALE, V.A. Mestrado Profissional em Saúde Pública: do marco legal à experiência em uma instituição de pesquisa e ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7):2143-2155, 2014. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02143.pdf>>. Acesso em 02 de out. 2018.

SANTOS, C.S.; GOMES, A.M.T.; SOUZA, F.S.; MARQUES, S.C.; LOBO, M.P.; DE OLIVEIRA, D.C. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. **Esc. Anna Nery**, vol.21, no.1, Rio de Janeiro, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170016>.

SANTOS, L.J.; PARANHOS, M.S. Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):759-769, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33112016

SILVA, M.T.; OLIVEIRA, E.S.F.; MAMEDE, W.; CARDOSO, C.G.; TEIXEIRA, R.A.; BARROS, N.F. Repercussões do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva sobre os

serviços de Saúde no Brasil: uma Revisão. **Investigação Qualitativa em Saúde**. Atas CIAIQ. 2017.

SILVA, C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESPAÇO INTERCESSOR PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. **Texto Contexto Enfermagem**, 2016; 25(1):e2760014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>>. Acesso em: 12 de set de 2018.

SILVA, M.T. **A política de saúde e a promoção da saúde: Algumas repercussões em Niterói/RJ**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, B.F.S.; WANDEKOKEN, K.D.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; BENITO, G.A.V. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, JAN-MAR 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040078.

SILVA, C.S.S.L.; KOOPMANS, F.F.; DAHER, D.V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró- UniverSUS**. 2016. Jan./Jun.; 07 (2): 30-33.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P. ALBUQUERQUE, V.S; CAVALCANTI, F.O.L.; COTTA, R.M.M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):159-170, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/17.pdf>>. Acesso em: 19 de set. de 2018.

SOBRAL, I.L.L.; MACHADO, L.D.S.; GOMES, S.H.P.; PEQUENO, A.M.C.; NUTO, S.A.S.; Machado, M.F.A.S. CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, 31(2): 1-7, abr./jun., 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6653

SOUSA, I.V.; BRASIL, C.C.P.; DA SILVA, R.M.; VASCONCELOS, D.P.; SILVA, K.A.; BEZERRA, I.N.; FINAN, T.J. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(12):3945-3954, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.25012017.

SOUZA, M.A.R.; WALL, M.L.; THULER, A.C.M.C.; LOWEN, I.M.V.; PERES, A.M. Of IRAMUTEQ *software* for data analysis in qualitative research. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

SOUZA, J.M.; THOLL, A.D.; CORDOVA, F.P.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; BOEHS, A.E.; NITSCHKE, R.G. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7):2265-2276, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014197.10272013.

SPELLER, V. et al. **The CompHP professional standards for health promotion handbook**. Paris: IUHPE, 2012. Disponível em: <http://www.salutare.ee/files/CompHP_standards_handbook_final.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

TAVARES, M.F.L.; ROCHA, R.M.; BITTAR, C.M.L.; PETERSEN, C.B.; ANDRADE, M. Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1799-1808, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/en_1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>. Acesso em: 11 de set. 2018.

TAVARES, D.W.S. et al. PROTOCOLO VERBAL E TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Rev. Ponto de Acesso**, Salvador, 2014.

TEIXEIRA, M.B.; CASANOVA, A.; OLIVEIRA, C.C.M.; ENSGTROM, E.M.; BODSTEIN, R.C.A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 52-68, OUT 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S005.

VENDRUSCOLO, C.; VERDI, M. Promoção da Saúde: representações sociais de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde. **Saúde e Transformação Social**. p.108-15, 2011.

VIEIRA, V.M.O. Contribuições da técnica de “associação livre de palavras” para a compreensão da sexualidade na adolescência. **Revista Espaço Pedagógico**. Passo Fundo, p. 260-281, 2019. Disponível em <www.upf.br/seer/index.php/rep>.

VEIGAS, I.P.A. **Projeto Político-Pedagógico da Escola**: Uma construção coletiva. In _____. **Projeto Político-Pedagógico da Escola**: Uma construção possível. 16.2d. Campinas: Papirus, 2001, p.11-35.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília. 2011.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde: contexto histórico, conceitos, reflexões e tendências. In FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. (Org.); **Promoção da Saúde e Gestão Local**. 95p. 2007.

WOJCIK, L.I. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados sobre competências em promoção de saúde**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca. Franca, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr (a):

Sou LEILANE ANDRADE ALBUQUERQUE ALENCAR, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-MPSF/RENASF nucleadora Universidade Regional do Cariri-URCA, **convido-lhe** a participar de forma voluntária do estudo que estou desenvolvendo intitulado “**Competências para Promoção da Saúde em Formandos de Cursos de Pós-Graduação em Saúde**”, sob orientação da Professora Dra. Estelita Lima Cândido e a Professora Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira.

Esse estudo tem como objetivo analisar o desenvolvimento de competências para Promoção da Saúde em formandos de cursos de Pós-graduação em Saúde com potencial atuação na Atenção Primária à Saúde, utilizando como referencial teórico o CompHP, uma vez que o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, tornando-os mais seguros e efetivos na realização das práticas em promoção da saúde, inferindo na qualidade da assistência ao indivíduo e coletividade, e possivelmente, otimizando os recursos e demandas dos serviços de saúde.

Assim, compreendendo a educação permanente, através de cursos de pós-graduação, como estratégia essencial para o incentivo ao desenvolvimento de competências, percebeu-se a necessidade de se constatar a implicação desses cursos no aperfeiçoamento profissional em promoção da saúde.

Pela importância e relevância da temática, lhe convidamos a participar deste estudo. Se aceitar, responderá à Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) a partir de um estímulo indutor e, posteriormente, a um questionário autoaplicável online por meio de endereço eletrônico, contendo perguntas abertas e fechadas. Caso necessite de esclarecimentos de dúvidas, a pesquisadora está disponível para este fim.

Ressalta-se que asseguramos o anonimato na divulgação do estudo, pois estimamos pela ética, sigilo e confidencialidade das informações, usando-as apenas para fins científicos, tentando reduzir ao máximo os riscos e quaisquer constrangimentos durante a pesquisa. Além disso, se desejar poderá ter acesso em

qualquer momento às informações da pesquisa, como também ao esclarecimento das suas possíveis dúvidas.

A sua participação no estudo é voluntária, sem riscos e sem custos, tendo a liberdade de desistir em qualquer momento caso venha a desejar, sem penalização. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir de participar do estudo.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos do estudo pode procurar a autora responsável Leilane Andrade Albuquerque Alencar, residente na Rua José Rufino de Oliveira, 46, Centro, Altaneira-Ce, CEP: 63.195-000. CEL: (88) 99287-5015, e-mail: leilane_alencar@hotmail.com.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri.

Rua Cel. Luiz Teixeira, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE

Fone: (88) 3102.1212 / 3102.1204 – cep@urca.br

Ciente dessas informações concorda em participar do estudo.

Crato-CE, _____ de _____ de 2019.



Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

Assinatura da Autora

ANEXOS

ANEXO A - COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM FORMANDOS DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE.

O questionário que irá responder é composto por perguntas relacionadas a competências essenciais para a promoção de saúde. As questões foram elaboradas com base no manual europeu intitulado “The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook” e trazem as competências essenciais em Promoção da Saúde cujo comportamento é expresso pela capacidade. Lembre-se que cada competência adquirida o torna apto a fazer, independentemente do local de atuação ou da colocação profissional atual.

Considere como sendo competências essenciais uma combinação de conhecimentos, capacidades, habilidades e valores necessários para que o promotor de saúde possa trabalhar de forma eficiente, eficaz e adequada no campo de atuação. (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

O desenvolvimento de competência profissional está vinculado tanto à escolaridade quanto aos processos de aprendizagem informais que ocorrem em momentos e espaços distintos (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

I. QUESTÕES PESSOAIS

Sexo: () Masculino () Feminino **Idade:** _____

Cor autodeclarada: () branca () preta () parda () amarela () indígena () outros

Estado Civil: () Solteiro () Casado () União estável () Separado () Divorciado () Viúvo

Formação Acadêmica: _____ **Ano de conclusão:** _____

Renda: () 1 a 3 salários mínimos () De 3 a 5 salários mínimos () De 6 a 8 salários mínimos () De 9 a 11 salários mínimos () > 12 salários mínimos

Tipo de pós-graduação: () Residência () Mestrado

II. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. **Valores éticos:** capacidade de utilizar valores e princípios éticos para a promoção da saúde que incluem equidade e justiça social, o respeito à autonomia e a escolhas, tanto de indivíduos quanto de grupos, de maneiras a trabalhar de forma participativa e em colaboração.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

2. **Conhecimento:** capacidade de adquirir e usar conhecimentos multidisciplinares em Promoção de Saúde sobre conceitos, princípios, teorias, pesquisas e suas aplicações na prática.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

3. **Possibilidade de mudanças:** capacidade de promover capacitação a indivíduos, grupos, comunidades e organizações para ações em promoção de saúde que melhorem a saúde e reduzam as iniquidades em saúde.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

4. **Advocacia em saúde:** capacidade de reivindicar para ou em nome de indivíduos, comunidades e organizações em favor da saúde e bem-estar, e capacita-los para ações de promoção de saúde.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

5. **Parceria:** capacidade de trabalhar em equipe interdisciplinar, intersetorial e em parcerias, para aumentar o impacto e a sustentabilidade das ações de promoção de saúde.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

6. **Comunicação:** capacidade de comunicar ações de promoção de saúde de maneira efetiva, utilizando as técnicas e tecnologias apropriadas para públicos diversos.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

7. **Liderança:** capacidade de mobilizar os atores envolvidos para uma visão compartilhada e direções estratégicas para ação em promoção de saúde.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

8. **Diagnóstico:** capacidade de avaliar as necessidades e benefícios que comprometem ou promovem a saúde junto aos atores envolvidos, considerando os determinantes político, econômico, social, cultural, ambiental, comportamental e biológico.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

9. **Planejamento:** capacidade de definir metas e objetivos mensuráveis de promoção de saúde, baseados em levantamento das necessidades e benefícios, em parceria com os atores envolvidos.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

10. Implementação: capacidade de implantar ações de promoção de saúde de forma eficaz e eficiente, respeitando à cultura e aos aspectos éticos em parceria com os atores envolvidos.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei | <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei | <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi | <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

11. Avaliação e pesquisa: capacidade de usar métodos apropriados de avaliação e pesquisa, em parceria com os atores envolvidos, para verificar o alcance, o impacto e a efetividade das ações de promoção de saúde.

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> já possuía e aprimorei |
| <input type="checkbox"/> já possuía e não aprimorei |
| <input type="checkbox"/> não possuía e desenvolvi |
|
 |
| <input type="checkbox"/> não possuía e não desenvolvi |
| <input type="checkbox"/> prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> não sei identificar |

Caso assinale que desenvolveu ou aprimorou a competência supracitada, descreva como esse estímulo aconteceu durante o seu curso.

12. Quais competências, além das citadas, você considera que desenvolveu com o curso de pós-graduação (residência, mestrado)?

13. Quais competências, além das citadas, você gostaria de ter desenvolvido com o curso de pós-graduação (residência, mestrado)?

Baseado em: DEMPSEY C, BATTEL-KIRK B, BARRY MM. **The CompHP core competencies framework for health promotion handbook**. Galway: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), National University of Ireland Galway. 2011.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos sobre promoção da saúde nos ambientes educacional e de trabalho

Pesquisador: Maria Rosilene Cândido Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65520617.0.0000.5055

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI-UFCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.005.435

Apresentação do Projeto:

A pesquisa Promoção da Saúde no ambiente de trabalho: estudo das ações desenvolvidas e competências requeridas, cujo objetivo geral é “conhecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e analisar as competências em promoção da saúde do trabalhador que vem sendo desenvolvidas nos cursos de graduação afins, assim como as desenvolvidas pelas equipes de atenção à saúde do trabalhador nos estabelecimentos de saúde, pautando-as nas competências formativas essenciais requeridas aos agentes promotores envolvidos. Para isso, deseja-se desenvolver uma Matriz de Competências em Promoção da Saúde do Trabalhador, a qual será desenvolvida e validada mediante essa pesquisa. Parte-se da premissa de que as ações de promoção da saúde nos ambientes educacional e de trabalho podem ser alcançadas mediante o desenvolvimento de competências por parte dos agentes promotores de saúde, especialmente aqueles que compõem os SESMT, as CIPA e demais grupos responsáveis por tais ações, assim como os profissionais em seus processos formativos, como relevante estratégia para a criação conjunta de ambientes de trabalho saudáveis e sustentáveis que visem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, numa perspectiva crítica, reflexiva e emancipadora, pautada na aprendizagem baseada em competências. Esta proposta de investigação constituirá uma pesquisa documental e de campo, de natureza exploratório-descritiva, com abordagem mista. Os dados quantitativos serão digitados e analisados estatisticamente através do software IBM (SPSS), versão

23.0. Serão efetuados cálculos de frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central e dispersão (média, moda e desvio padrão). Para os dados qualitativos, estes serão transcritos para o Programa IRAMUTEQ. Neste estudo, os textos serão transcritos e categorizados conforme os domínios e competências expressos no vocabulário dos respondentes, para então serem confrontados com a literatura revisada e possibilitarem a interpretação dos resultados com sustentação no referencial teórico do CompHP.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações de saúde desenvolvidas nos ambientes de trabalho e os processos formativos dos profissionais de saúde e áreas afins, com ênfase no desenvolvimento de competências essenciais em promoção da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os significados de promoção da saúde e de competências na perspectiva dos docentes e trabalhadores envolvidos;

Identificar as temáticas relacionadas a promoção da saúde abordadas nos cursos de graduação e nos ambientes de trabalho;

Enumerar ações de promoção da saúde realizadas no cotidiano dos trabalhadores e previstas nos planos de ensino dos componentes curriculares afins, ofertadas nos cursos relacionados;

Identificar referenciais teóricos e aportes metodológicos que orientam o ensino da promoção da saúde e as ações de promoção da saúde realizadas no ambiente laboral;

Listar as competências essenciais que compõem o arcabouço teórico dos agentes envolvidos em ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e no ensino profissionalizante;

Elaborar matriz de competências em promoção da saúde no ambiente educacional e de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos e benefícios que contemplam os aspectos éticos necessários para Pesquisa com Seres Humanos. Além disso, existe uma ponderação entre riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos princípios éticos básicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa atende aos princípios éticos básicos.

Recomendações:

Alterar o título do projeto de pesquisa nos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido que foram apresentados, bem como no projeto de pesquisa, pois o mesmo não coincide com o título do projeto submetido à Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_867776.pdf	24/02/2017 17:47:52		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaUrca.PDF	24/02/2017 17:11:54	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaSCamilo.pdf	24/02/2017 17:11:42	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaHemoce.pdf	24/02/2017 17:11:28	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceGRoteiroEntrevistaGrupoB.docx	24/02/2017 17:11:05	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceFRoteiroEntrevistaGrupoA.docx	24/02/2017 17:10:49	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceEinqueritoCompetenciasTrabalho.docx	24/02/2017 17:10:24	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceDInqueritoCompetenciasEducacional.doc	24/02/2017 17:10:02	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Outros	ApendiceAConviteJuizes.docx	24/02/2017 17:06:22	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceCTCLEGruposAeB.docx	24/02/2017 17:05:59	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	ApendiceBTCLEJuizes.docx	24/02/2017 17:05:44	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Ausência	ApendiceBTCLEJuizes.docx	24/02/2017 17:05:44	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPDocCEP.docx	24/02/2017 17:05:31	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoProjetoPDoc.pdf	24/02/2017 15:48:30	Maria Rosilene Cândido Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 06 de Abril de 2017

Assinado por:
Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador)