



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Magda Guimarães de Araujo Faria

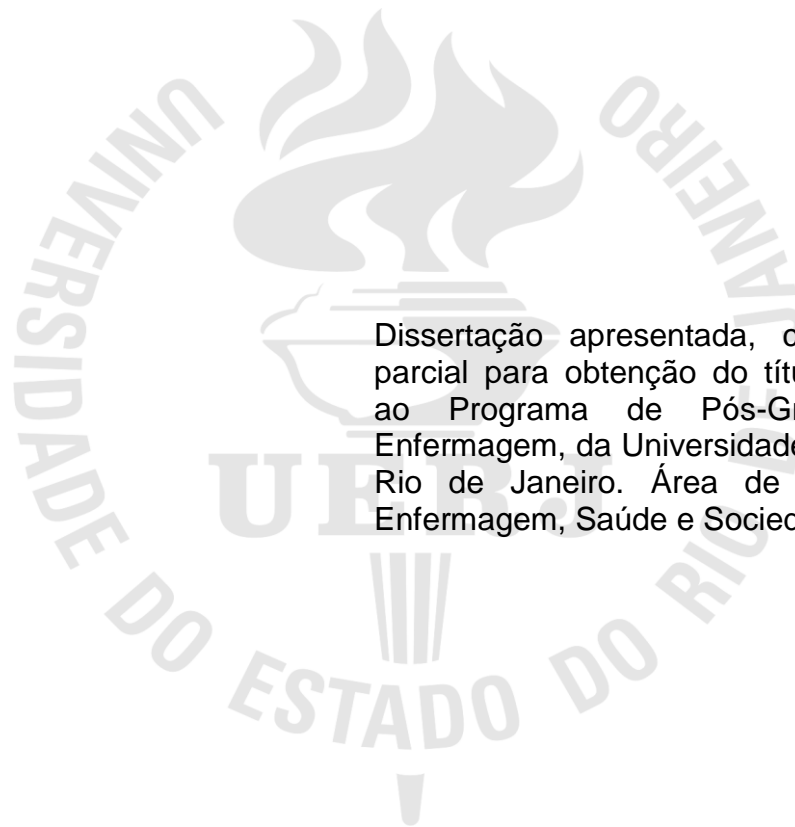
**Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente
no trabalho de enfermeiros da atenção básica**

Rio de Janeiro

2010

Magda Guimarães de Araujo Faria

**Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho
de enfermeiros da atenção básica**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

F244 Faria, Magda Guimarães de Araujo.
Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica / Magda Guimarães de Araujo Faria. - 2010.
128 f.

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem - Estudo e ensino (Educação permanente). 2. Ensino a distância. 3. Teleconferência em enfermagem. 4. Enfermagem – Ensino auxiliado por computador. 5. Cuidados Primários de Saúde. 6. Programa Nacional de Telessaúde (Brasil). I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Magda Guimarães de Araujo Faria

**Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho
de enfermeiros da atenção básica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 22 de outubro de 2010

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof.^a Dra. Regina Maria Marteleto
Instituto de Comunicação e Informação Científica e
Tecnológica em Saúde da FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Alexandra Maria Vieira Monteiro
Faculdade de Ciências Médicas da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Daniel, por me fazer rir nos momentos de ansiedade, pelo companheirismo e pela paciência. Obrigada meu amor, por estar ao meu lado em mais uma grande conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade e pela força.

Aos meus pais, Emiliane e Francisco pelas orações, ensinamentos, exemplo e apoio em toda a trajetória da minha vida.

Ao meu amado irmão Francisco e sua esposa Aline, por me mostrarem a que obstáculos foram feitos para serem superados.

À minha orientadora, Helena David, pela oportunidade, incentivo e investimento e por ajudar a construir a profissional que sou hoje, sempre com afeto e paciência.

Aos meus amigos do Telessaúde. A convivência com vocês é única e estamos construindo um longo caminho.

A Paula Raquel dos Santos, pela paciência e amizade que pouco a pouco construímos.

Ao anjo que me encontrou, Valéria Monteiro, por me acolher, aconselhar e incentivar no momento mais complicado da minha vida.

Ao prof. Haroldo Matos que com muito carinho auxiliou na análise deste trabalho.

À Cristiane Damazzo, Kalina e Celeste Couto que me ajudaram de forma ímpar na revisão final, vocês foram essenciais para este sonho.

Aos queridos funcionários da secretária da pró-graduação da UERJ: Fabíola, Marcelo e Renan. Obrigada pelas palavras de afeto e incentivo.

Às amigas que conquistei: Rita Elzi, Vanessa Maurício, Fátima Saldanha, Carlana Grimaldi e Olívia Luciana. É bom saber que poderei contar com vocês para sempre.

Ao pastor Oscar e sua família, que hoje já não diferencio da minha. Vocês são muito importantes para mim, desde minha infância ao meu lado, ajudando nos momentos difíceis e sorrindo nas minhas conquistas.

Aos meus familiares e amigos que longe ou perto torceram por mim.

Aos meus animais, Murilo, Maria e Khalil, que alegam minha vida intensamente.

O talento desenvolve-se no amor que pomos no que fazemos. Talvez até a essência da arte seja o amor pelo que se faz, o amor pelo próprio trabalho.

Máximo Gorky

RESUMO

FARIA, Magda Guimarães de Araujo. **Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro:** a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O processo de educação em saúde é um dos determinantes para a qualidade da atuação das equipes de atenção básica. A educação permanente, em especial, possibilita o aprendizado dinâmico a partir das demandas do cotidiano do trabalhador. Atualmente, a educação a distância é um dos meios pelos quais os profissionais podem se aprimorar, rompendo com incompatibilidades temporais e geográficas. Com este objetivo, foi instituído em 2007, pelo Ministério da Saúde, o Programa Telessaúde Brasil, que visa a educação permanente a distância dos profissionais da estratégia de saúde da família, sendo o Rio de Janeiro um dos núcleos do projeto piloto. Esta pesquisa teve como objetivos: a) Identificar e caracterizar, do ponto de vista sócio-demográfico, acadêmico e quanto ao uso de tecnologias de internet, os enfermeiros inseridos no Projeto Telessaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro, segundo as regiões fluminenses; b) Identificar, categorizar e analisar as principais demandas de educação permanente apontadas pelos enfermeiros participantes no momento da adesão; c) Descrever e analisar a participação dos enfermeiros em atividades específicas. O Projeto possui duas atividades básicas: a teleconferência, funcionando de modo síncrono, em que o profissional tem a oportunidade de participar de aulas sobre temas de interesse com possibilidade de interação; e, a segunda opinião formativa que, de modo assíncrono possibilita ao trabalhador obter a opinião de um especialista sobre qualquer dúvida de seu cotidiano. A metodologia utilizada foi quantitativa, com desenho longitudinal e observacional, delineamento de pesquisa não experimental e caráter descritivo. Os dados foram obtidos entre os anos de 2009 e 2010 utilizando três fontes: formulários de Linha de base, registro de teleconferências e registros de perguntas e respostas de segunda opinião formativa. Os resultados indicam que o perfil do profissional fluminense é composto por trabalhadores do sexo feminino, jovens de formação recente, especialistas e com conhecimentos básicos sobre tecnologias de informação e comunicação. Verificou-se também que a maior parte das dúvidas do enfermeiro da ESF ainda é pautada em dúvidas clínicas, seguidos de dúvidas sobre implementação de atividades em educação permanente. Conclui-se pela viabilidade e importância deste tipo de atividade de educação permanente, em que pesem algumas contradições e dificuldades para o enfermeiro da atenção básica, que constituem-se em desafios a serem superados.

Palavras-chave: Educação permanente. Educação a distância. Tele-enfermagem. Estratégia de Saúde da Família. Telessaúde.

ABSTRACT

The education process is a determinant factor for the quality of service of health professionals. Permanent Education, particularly, enables dynamic learning from the daily demands of the professional. Currently, distance education is one means by which practitioners can improve, surpassing temporal and geographical incompatibilities. In this sense, it was established in 2007 by the Ministry of Health the Brazil Telehealth Program, which seeks to promote permanent distance education for professionals involved in the family health strategy, being Rio de Janeiro as one of the cores of the pilot project. This research aimed to: a) Identify and characterize, in terms of socio-demographic, academic, and on the use of Internet technologies, the nurses inserted into Telehealth Project Brazil Rio de Janeiro Nucleus, Rio de Janeiro according to region, b) To identify, categorize and analyze the permanent education demands pointed by the participants, c) Describe and analyze the participation of nurses in specific activities. The Project has two basic activities: the teleconference, working synchronously in which the professional has the opportunity of attending classes about subjects there are in accordance with the interaction possibility and, the second formative opinion, asynchronously working, giving the worker the possibility to obtain the opinion of an expert on any doubt in his everyday life. The methodology was based on a quantitative approach with longitudinal design and observational, not experimental research design and descriptive character. Data were collected between the years 2009 and 2010 and analyzed according to three sources of information: Baseline forms, teleconferences and formative second opinions. The results indicate that the professional profile of Rio de Janeiro is composed of female workers, young, recently trained, specialists and with basic knowledge on information technologies and communication. It was also found that most of the questions are still related to clinical issues, followed by questions about implementation of activities on continuing education. The conclusion shows the feasibility and importance of this type of continuing education activity, in spite of some contradictions and difficulties for nurses in primary care, which are challenges to be overcome.

Keywords: Distance education. Permanent education. Telenursing. Family health strategy. Telehealth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Sítio do Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro	49
Figura 2 –	Simulação de consulta	49
Figura 3 –	Seleção de categoria profissional	50
Figura 4 –	Escolha do tipo de dúvida	50
Figura 5 –	Formulário de preenchimento de envio de segunda opinião formativa	51
Figura 6 –	Ambiente virtual de teleconferências	54
Gráfico 1 –	Quantitativo de enfermeiros cadastrados por área de conclusão de especialização - TSRJ, 2010	60
Gráfico 2 –	Grau de satisfação do enfermeiro com o vínculo de trabalho - TSRJ, 2010	63
Gráfico 3 –	Principais fontes de informação de enfermeiros - TSRJ, 2010 ...	64
Gráfico 4 –	Percentual de pedidos de segunda opinião formativa efetuados pela região do Médio Paraíba - TSRJ, 2010	71
Gráfico 5 –	Percentual de pedidos de segunda opinião formativa efetuados pela região da Baixada Litorânea - TSRJ, 2010	72
Gráfico 6 –	Percentual de pedidos de segunda opinião formativa efetuados pela região Metropolitana - TSRJ, 2010	72
Gráfico 7 –	Percentual de pedidos de segunda opinião formativa classificados por temáticas específicas - TSRJ, 2010	73
Gráfico 8 –	Motivos pelos quais os profissionais referiram não serem capazes de evitar o encaminhamento de pacientes - TSRJ, 2010	78
Quadro 1 –	Temáticas abordadas em teleconferências realizadas pela equipe de enfermagem	80
Gráfico 9 –	Participação em atividades de teleconferência de enfermagem de acordo com os meses dos anos - TSRJ, 2010	81
Gráfico 10 –	Participação em atividades de teleconferência de enfermagem de acordo com as regiões do estado - TSRJ, 2010	83

Gráfico 11 – Principais categorias de participantes em atividades de teleconferências de enfermagem - TSRJ, 2010	84
Quadro 2 – Quadro de variáveis conforme o momento da pesquisa	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência de Enfermeiros cadastrados segundo regiões do Estado - TSRJ, 2010	56
Tabela 2 –	Quantitativo de enfermeiros por faixa etária e região - TSRJ, 2010	57
Tabela 3 –	População de enfermeiros segundo área de atuação - TSRJ, 2010	58
Tabela 4 –	Quantitativo de profissionais especialistas por faixa etária - TSRJ, 2010	60
Tabela 5 –	Divisão dos enfermeiros de acordo com o vínculo empregatício e região do estado - TSRJ, 2010	62
Tabela 6 –	Frequência de acesso à internet para capacitação profissional - TSRJ, 2010	65
Tabela 7 –	Frequência de acesso à internet para verificação da caixa de mensagens - TSRJ, 2010	66
Tabela 8 –	Frequência de acesso à internet para capacitação profissional de acordo com regiões do Estado - TSRJ, 2010	67
Tabela 9 –	Acesso a bases de dados do DATASUS, MS e BVS - TSRJ, 2010	69
Tabela 10 –	Pedidos de segunda opinião formativa segundo meses do ano - TSRJ, 2010	70
Tabela 11 –	Quantitativo de pedidos de segunda opinião formativa de acordo com as temáticas e regiões do Estado - TSRJ, 2010	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAD	Educação a distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FLB	Formulário de Linha de Base
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
ITSDP	International Trauma System Development Program
N/I	Não Identificado
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto interno bruto
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEAD	Serviço de educação a distância
SEED	Secretaria de Educação a Distância
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TSRJ	Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO	20
1.1	Educação a distância	20
1.2	Educação permanente	26
1.3	Estratégia de Saúde da Família	32
1.4	Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro	39
2	PROPOSTA METODOLÓGICA	44
2.1	Descrição	44
2.2	Campo de pesquisa e fontes de dados	45
2.3	Fontes de coleta, organização e análise dos dados	46
2.3.1	<u>Formulário de linha de base</u>	46
2.3.2	<u>Segunda opinião formativa</u>	48
2.3.3	<u>Teleconferências</u>	52
2.4	Cuidados éticos	54
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
3.1	Formulário de linha de base	56
3.1.1	<u>Perfil sociodemográfico</u>	56
3.1.2	<u>Formação profissional e trabalho atual</u>	58
3.1.3	<u>Conhecimentos de informática e recursos de comunicação</u>	63
3.2	Segunda opinião formativa	70
3.2.1	<u>Avaliação do serviço de segunda opinião formativa pelo usuário</u>	77
3.3	Teleconferências	79
4	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE A - Quadro de variáveis conforme o momento da pesquisa	104
	APÊNDICE B – Requerimento de isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
	ANEXO A - Mapa do Estado do Rio de Janeiro de acordo com os municípios cadastrados no TSRJ	106
	ANEXO B - Formulário linha de base – enfermeiros e médicos	107
	ANEXO C – Relatório de satisfação da teleconsulta de enfermagem	127

INTRODUÇÃO

A educação é um processo complexo que envolve a utilização de diversas tecnologias como apoio à interação social professor-aluno. O ambiente de ensino assim como o quadro, o giz, os livros e as cadeiras podem ser considerados tecnologias que possibilitam o intermédio entre o saber e o aluno (BELLONI, 2009).

Segundo Kenski (2008), a evolução de tecnologias modifica comportamentos sociais coletivos. Podemos exemplificar esta mudança com a inserção dos computadores nos lares. Tais artefatos tecnológicos, que até algum tempo atrás eram restritos a poucos da sociedade, hoje em dia são difundidos e de fácil acesso.

Com a difusão da tecnologia, começam a ser oferecidos novos meios de comunicação aos indivíduos e assim estes adquirem conhecimentos empregados em seus cotidianos (KENSKI, 2009). Devido a este fato, surgiu a idéia de empregar tecnologia com fins educativos. Foi concebido então o conceito de educação a distância. Após inúmeras experiências, a Lei de Diretrizes Gerais da Educação, Lei 9.394 de 1996, instituiu a modalidade de educação a distância como um espaço alternativo para realização da educação (KENSKI, 2009).

No modelo tradicional de educação os alunos destinam uma parcela do seu tempo, deslocando-se geograficamente ao encontro do educador a fim de contemplar inovações do saber (BELLONI, 2009).

Tendo em vista este conceito, a educação a distância (EAD) vem ao encontro das necessidades da sociedade moderna. Kenski (2009) afirma que a informação desloca-se mais velozmente do que o aluno. Além disso, as inúmeras possibilidades de acesso à informação e às novas tecnologias de comunicação contribuem para o surgimento de um novo meio de aprender – e, por que não? – ensinar: a educação a distância.

Em outras palavras, percebeu-se que a integração entre novas estratégias de aprendizado e os avanços tecnológicos, traduzidos como tecnologias de informação e comunicação, tem se mostrado eficaz na busca e captação de novos discentes.

A educação a distância era originalmente baseada em troca de materiais didáticos pelo correio; hoje ela está ligada principalmente ao uso da internet e, apresenta-se como uma opção pedagógica importante.

Considerando-se que a distância geográfica e o uso de múltiplas mídias são características inerentes à educação a distância, mas não suficientes para definir a concepção educacional, discute-se a educação a distância (EAD) não como uma solução paliativa para atender alunos situados distantes geograficamente das instituições educacionais nem apenas como a simples transposição de conteúdos e métodos de ensino presencial para outros meios e com suporte em distintas tecnologias. Os programas de EAD podem ter o nível de diálogo priorizado ou não segundo a concepção epistemológica, tecnologias de suporte e respectiva abordagem pedagógica (ALMEIDA, 2003, p. 327).

De acordo com o Censo da Educação Superior de 2006, entre os anos de 2003 e 2006, houve um aumento significativo na oferta dos cursos à distância no país, chegando a um crescimento de 571%. Em relação ao número de matrículas, o percentual chegou a 315% e o número de alunos de graduação passou de 2,6% em 2005, para 4,4% em 2006 (INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2007).

A oferta de modalidades de EAD aumentou significativamente nos últimos anos. Ghedine, Testa e Freitas (2008) afirmam que a ampliação do número de cursos a distância está baseada em diversos fatores: o primeiro é baseado ao custo elevado da educação tradicional; o segundo, na maleabilidade da mudança de conteúdo que os organizadores têm à sua disposição. Por último, mas não menos importante, o aluno quando adere ao ensino a distância está livre da impossibilidade geográfica e temporal de comparecimento às aulas.

É válido ressaltar que a estratégia de educação a distância, devido às facilidades descritas anteriormente, tem a possibilidade de atingir grande público. Atualmente, no Brasil, o ensino a distância está disponível desde cursos de ensino fundamental, até pós-graduação *stricto-sensu*, na modalidade mestrado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, 2010).

Segundo Cassiani et al. (2003), a educação a distância tem a possibilidade de se tornar realmente distante, caso não seja fornecida através de meios em que o aluno compartilhe da interação com o professor e outros alunos como textos, rádio e programas de televisão e/ou computador.

Além disso, é necessário também que haja uma postura bastante particular do educador presente na educação a distância. Kenski (2008) afirma que o tutor de EAD deve realizar um mergulho com o aluno para responder às possíveis dúvidas, no sentido de se aproximar do aluno e incentivá-lo a constantes buscas de conhecimento.

A utilização da internet como meio de consultas e buscas, também ocorre em meio à facilidade de busca de conhecimentos a distância. Através desse método não há discriminação de grau de escolaridade. Sendo assim qualquer pessoa pode ter acesso à informação que até décadas atrás só seriam expostas em livros técnicos (ALVES et al., 2006). Contudo, a apropriação deste conhecimento é outro debate.

Na área da saúde, a educação a distância está cada vez mais presente sob forma de cursos de aperfeiçoamento, extensão, educação permanente, além de cursos de especialização fornecidos por instituições de ensino a distância (RODRIGUES; PERES, 2008). Especificamente na enfermagem, a educação a distância é um meio cada vez mais utilizado de inserir o profissional em um meio que o estimule a buscar novos conhecimentos e compartilhar sua experiência prática (OLIVEIRA, 2007).

Na educação a distância, todo o compartilhamento de ensinamentos é realizado a partir de dois tipos de ferramentas. A primeira classe é composta pelas ferramentas síncronas, onde a interação entre o tutor e o aprendiz ocorre em tempo real. O segundo tipo é formado por ferramentas assíncronas, que tem por característica a comunicação indireta, ou seja, não simultânea (MOECKEL, 2003).

Em campos mais específicos, como o do enfermeiro atuante na atenção básica, estratégias de educação permanente tornam-se indispensáveis para atualizar o profissional a respeito de seus conceitos e suas práticas. Além disso, segundo Oliveira (2007), os programas de educação permanente nos quais os profissionais de enfermagem se inserem, possibilitam o desenvolvimento de habilidades específicas, tais quais a postura crítica, autoavaliação e autogestão. Isto porque, numa concepção crítica, não há como separar a educação e o trabalho.

A partir da concepção da rede mundial de computadores como principal meio de divulgação de novos saberes a distância, foi criada uma série de ferramentas que utilizam suas funcionalidades como meio de aproximar saberes e compartilhar experiências entre profissionais de diversas áreas, incluindo nesse contexto, a área da saúde (ABENSUR et al., 2007).

Inúmeros estudos comprovam a existência de recursos tecnológicos para divulgação de novas técnicas através da internet (ALVES et al., 2006). Cursos sobre novos procedimentos ou técnicas de abordagens foram amplamente divulgados a partir da concepção de novas tecnologias de informação, formando, assim, uma grande rede de educação permanente em enfermagem.

Na área da saúde pública, mais precisamente nas unidades básicas contempladas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o rumo não foi diferente. A utilização da rede mundial de computadores, aliada a sites específicos de enfermagem, tornou o compartilhamento de experiências através de artigos, um recurso indispensável para formulação de ações individuais e coletivas prestadas a comunidade.

Nesta perspectiva e visando a proposta pedagógica da inserção de novas tecnologias em ambiente de ensino, o Ministério da Saúde instituiu em 2007 o Programa Telessaúde Brasil, definindo que:

O Telessaúde Brasil tem por objetivo integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, diminuindo o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e por meio do aumento de atividades de prevenção de doenças (BRASIL, 2009a).

O Projeto Telessaúde Brasil possui um grande número de ferramentas que auxiliam o profissional na busca de conhecimentos ou atualizações sobre vários temas em que está inserido. Dentre elas estão as atividades de teleconferência e um sistema de perguntas e respostas individualizado, que foi denominado de segunda opinião formativa.

No estado do Rio de Janeiro, o projeto piloto foi criado para atender a demanda dos profissionais da estratégia de saúde da família, e conta com equipe especializada de diversas áreas de abrangência, tais como: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e odontólogos.

Baseado na experiência profissional e na necessidade existente entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família em expor dúvidas do seu cotidiano, o projeto Telessaúde Brasil possui uma ferramenta assíncrona voltada a essa demanda: a segunda opinião formativa. Através dela, o profissional tem a oportunidade de enviar uma dúvida por escrito, para segunda opinião formativa que será analisada por um especialista na área específica, denominado teleconsultor. É válido lembrar que todo esse processo ocorre em no máximo 72 horas, além disso, existe sigilo absoluto por parte do teleconsultor (BRASIL, c2008).

Além da ferramenta descrita acima, o profissional conta ainda com a atividade síncrona de teleconferência, que propõe encontros semanais com professores de cada área profissional, propiciando interação do aluno com o educador em tempo real (BRASIL, 2009a).

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro teve um importante papel em todo o processo de expansão do Projeto Telessaúde Brasil, uma vez que foi a instituição responsável pela implantação do Telessaúde Núcleo Rio de Janeiro (TSRJ). Além de disponibilizar o espaço físico para o Projeto, contribuiu também com os recursos humanos, por meio da inserção de docentes como coordenadores e teleconsultores, organizados em áreas profissionais e temáticas. Atualmente, as Faculdades de Ciências Médicas, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, dentre outras, possuem representantes no corpo do Projeto, além do desenvolvimento de atividades em áreas temáticas prioritárias para a Atenção Básica, como a hanseníase e a saúde do idoso.

A autora desta pesquisa é participante do TSRJ desde julho de 2009, atuando como teleconsultora de enfermagem. O ingresso no Projeto deu-se através de convite realizado pela coordenadora da área da enfermagem a fim de contribuir com a formação profissional de enfermeiros da atenção básica. Em decorrência desta participação e, sendo a proposta do Projeto um desafio para a formação profissional e educação permanente no trabalho, configurou-se um projeto de pesquisa voltado para este objeto.

A proposta do presente trabalho é descrever e analisar a utilização e contribuições da educação a distância, TSRJ, para o processo de educação permanente dos enfermeiros dos municípios fluminenses que participam do Projeto.

São objetivos desse estudo: a) identificar e caracterizar, do ponto de vista sócio-demográfico, acadêmico e quanto ao uso de tecnologias de internet, os enfermeiros inseridos no TSRJ, segundo as regiões fluminenses; b) identificar, categorizar e analisar as principais demandas de educação permanente apontadas pelos enfermeiros participantes; c) descrever e analisar a participação dos enfermeiros em atividades específicas do TSRJ.

As questões que orientaram esse trabalho ao seu desfecho são: qual o perfil profissional e acadêmico dos enfermeiros que participam do TSRJ? Qual o domínio tecnológico de internet que possuem? Quais demandas de educação permanente apresentam ao TSRJ? Como tem sido sua participação nas diversas atividades do TSRJ?

A relevância desta pesquisa tem ligação com a necessidade de um aumento no número de trabalhos que identifiquem aspectos da formação em enfermagem, sobretudo categorias específicas como os profissionais da atenção básica. Este é

um dos objetos de análise proposto pelo Grupo de Pesquisa “Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem”, ao qual este trabalho se vincula, coordenado pela professora Helena Maria Scherlowski Leal David, orientadora desta pesquisa no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UERJ.

Através do conhecimento sobre a educação permanente do enfermeiro, podemos ampliar o conhecimento sobre o perfil do trabalhador de enfermagem no contexto atual, ressaltando atributos que sejam comuns neste grupo, e que apontem para aspectos relevantes para a enfermagem.

Além disso, este estudo pretende também contribuir para o mapeamento da relação dos enfermeiros com as tecnologias utilizadas para difusão de informação, em especial a rede mundial de computadores.

É fato que cada vez mais, os profissionais de saúde buscam capacitação profissional através de metodologias de ensino a distância tais como sítios e artigos científicos. Contudo, a oferta de cursos e programas de educação permanente a distância ainda é escassa.

Estudos como os aqui expostos ainda são raros em nosso país, sobretudo com a população específica de enfermeiros da atenção básica. A carência de dados identifica uma forte inconsistência. Ora, se por um lado amplia-se a oferta de cursos a distância em enfermagem, por outro não há análise sobre o perfil dos participantes e nem de como se dá o processo educativo.

É válido ressaltar que o uso de tecnologias na saúde é algo ligado intrinsecamente ao sucesso de um procedimento ou intervenção e o Projeto do Telessaúde é mais um exemplo de avanço tecnológico, que, aliado à prática do profissional, pode melhorar a qualidade do atendimento de enfermagem. Neste sentido, esse estudo pretende apontar também as contribuições, reais e potenciais, destas ferramentas para a enfermagem como profissão e prática social

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Educação a distância

A educação a distância é o processo de aprendizagem no qual o educador e o aluno não compartilham o mesmo espaço físico ou momento cronológico no processo de aprendizado (NASCIMENTO; TROMPIERI FILHO, 2002; RODRIGUES; PERES, 2008).

Desde que foi criada, a educação a distância tem como principal objetivo possibilitar uma autonomia ímpar ao estudante, o que infelizmente devido aos compromissos e a estrutura tradicional de ensino, tende a não acontecer no ensino presencial, centrado na figura do professor.

Um processo de ensino e aprendizagem centrado no estudante será então fundamental como princípio orientador de ações do EAD. Isto significa não apenas conhecer o melhor possível suas características socioculturais, seus conhecimentos e suas experiências, e suas demandas e expectativas, como integrá-las realmente na concepção de metodologias, estratégias e materiais de ensino, de modo a criar através deles as condições de auto-aprendizagem (BELLONI, 2009, p. 31).

Esse processo inovador de aprendizado teve seu primeiro registro em 1728, nos Estados Unidos, mas somente ganhou notoriedade a partir da expansão da revolução industrial, em meados do século XIX, com a disseminação de cursos pelo correio. Em 1840, Isaac Pitman utilizou o método de ensino a distância para vender aulas de seu curso de taquigrafia pelo correio na Inglaterra. Em 1880 e 1884, foram instituídos um curso preparatório e um curso sobre contabilidade, ambos na Grã-Bretanha. Em 1891, o americano Thomas Foster, ofereceu cursos sobre segurança em minas (NUNES, 2009; PETERS, 2003).

A inovadora experiência realizada no continente europeu deu início a uma série de outras experiências em diversas partes do mundo. Seu público alvo eram os trabalhadores que por algum motivo não podiam freqüentar a rede clássica de ensino, porém vivenciavam as exigências do mercado de trabalho. A necessidade de compreensão das novas demandas (baseadas intrinsecamente em conhecimentos tecnológicos e mecânicos) e a esperança da ascensão social levaram a EAD a ser um dos métodos mais viáveis de obtenção de conhecimento (PETERS, 2003).

Nos Estados Unidos, a educação a distância é reconhecida e disponibilizada como recurso de obtenção de saberes desde o ano de 1892. No Canadá, tal tecnologia é utilizada desde 1976, quando seu principal recurso eram as conferências telefônicas. Na Austrália, a EAD é utilizada pelos cursos de graduação desde 1910. A primeira experiência com educação a distância em Bangladesh foi em 1985, através de uma especialização a distância. Na China, os programas de educação a distância estão disponíveis desde 1950 e na Índia, desde 1962 (NUNES, 2009).

Em outros países, a proposta da educação a distância também foi bem recebida. É o caso da Indonésia, onde a EAD nasceu em 1950 e sua Universidade Aberta em 1984. Hoje o país atende mais de 100 mil alunos. No Japão, há relatos de cursos a distância que datam do século XIX, porém na década de 30 esse modo de aprendizagem tomou notoriedade. Na Nova Zelândia, o primeiro curso por correspondência foi em 1922, e na Rússia em 1930 (NUNES, 2009).

Em outros países, houve uma espera maior para o reconhecimento da Educação a distância e para a criação das Universidades Abertas correspondentes. É o caso de Portugal, onde sua Universidade foi criada em 1988, porém reconhecida apenas em 1994. A Espanha criou uma universidade a distância no ano de 1972, a Venezuela em 1976 e a Costa Rica em 1980 (NUNES, 2009)

No Brasil, os cursos baseados em Educação a distância são observados desde 1904, quando se iniciou o primeiro curso por correspondência do país. Em 1923, a modalidade expandiu-se e começou a contar com inovações tecnológicas, deu início então aos cursos praticados por rádio. Em 1937, com a criação do Serviço de Radiodifusão Educativa do Ministério da Educação, vários programas educativos foram implementados através da utilização do rádio como recurso tecnológico (ALVES, 2009).

Posteriormente, em 1961, iniciou-se a utilização da televisão como mais um recurso na formação a distância (RODRIGUES; PERES, 2008). O código brasileiro de telecomunicações, veiculado em 1967 determinava obrigatoriedade das emissoras de televisão em ceder horários específicos para programas educativos, contudo em 1990, as emissoras foram desobrigadas a ceder o horário gratuito para atividades educativas (ALVES, 2009).

Após anos de experimentos bem sucedidos, na década de 70 iniciou-se o apoio governamental para a formação a distância. A partir desse momento, os

recursos utilizados em cursos a distância começam a ser empregados juntamente com novas tecnologias como as fitas de áudio, para formação a nível superior. Estavam estabelecidas, portanto, as primeiras Universidades Abertas (PETERS, 2003).

A partir do final do século XX, notabilizou-se uma reconfiguração nas relações sociais existentes, era o início da popularização do sistema de internet. Tal processo teve início na década de 80, porém não era acessível a todas as camadas da sociedade. Na década de 90, com a expansão da rede *on line* de computadores, houve a inserção dessa tecnologia em boa parte dos lares brasileiros. Atualmente essa perspectiva avançou de forma que as camadas menos favorecidas da sociedade possuem acesso a tecnologia da internet, através de computadores próprios ou *lan houses*.

No Brasil, existem várias iniciativas de educação a distância. Uma delas é o “Instituto Universal Brasileiro”, que oferece cursos profissionalizantes e técnicos há mais de 60 anos, e por isso, é considerado um dos pioneiros desta modalidade de ensino no país (INSTITUTO UNIVERSAL BRASILEIRO, 2010).

Outra iniciativa importante na história da EAD no país é o programa televisivo “Salto para o futuro”, televisionado pela TV Escola desde 1991 com a proposta de mediar debates com professores, trazendo a tona questões da prática profissional (TV BRASIL, 2010).

O conceito de Educação não presencial ganhou notoriedade no Brasil a partir da década de 90, quando torna-se mais visível a crítica aos modelos convencionais de aprendizado. Neste período, reforçou-se a necessidade de um novo modelo de ensino que contemple táticas de auto-aprendizado, questão que já estava sendo apontada pela pedagogia crítica há décadas.

Estima-se que, atualmente, metade da força de trabalho, juntamente com a metade do produto interno bruto (PIB) dos países desenvolvidos, correspondam predominantemente às indústrias de tecnologia e informação. Essas indústrias prestam serviços ligados essencialmente a telecomunicações, publicações e educação (NASCIMENTO; TROMPIERI FILHO, 2002).

Segundo Niskier (2009), atualmente cerca de 25 milhões de brasileiros com mais de 16 anos, possuem acesso à internet e, o total de alunos inscritos em cursos a distância chega a 800 mil.

A Lei nº 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) regulamenta o exercício da Educação a Distância em diversas esferas de ensino além de determinar que este deva ser utilizado como complementação de aprendizagem. Podemos pontuar nessa lei como principais atribuições ao exercício da educação a distância: a) complementação da aprendizagem no ensino fundamental; b) incentivos do poder público para que a partir desta modalidade sejam referenciados cursos de todos os âmbitos de aprendizado, em especial a educação continuada; c) os cursos a distância deverão ser oferecidos por instituições credenciadas pela união; d) os municípios, estados e a União deverão fornecer a jovens e adultos insuficientemente escolarizados com cursos presenciais e a distância, além de realizar a capacitação de professores em exercício.

Posteriormente, através de modificações realizadas na lei anterior, foi publicado o decreto 2.494 de 1998, onde foi veiculado pela primeira vez o conceito de educação a distância, sendo a modalidade de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, através de recursos sistematicamente organizados, sob forma de suportes utilizados isoladamente ou combinados e veiculados pelos meios de comunicação.

Além disso, o decreto assegura: a) os certificados de conclusão de cursos serão expedidos pelas instituições que ofereceram o ensino, sendo credenciadas para este fim; b) alunos matriculados no ensino médio ou fundamental a distância, não precisam comprovar a escolarização anterior, sendo determinada a etapa adequada a ser cursada através de provas de nivelamento; c) certificados de conclusão ou créditos em cursos presenciais poderão ser aceitos em cursos a distância. O mesmo aplica-se a cursos a distância; d) a avaliação do aluno deverá ser realizada através de exames presenciais.

Apesar das com modificações na Lei de Diretrizes e Bases da Educação através do decreto 2.498 de 1998, o resultado não surtiu o efeito esperado e com isso, em 2005, surgiu o decreto 5.622 (BRASIL, 2005a).

Este decreto apresenta uma nova definição de EAD, desta vez mais ampla: A educação a distância é a modalidade de ensino na qual a mediação didático-pedagógica é feita através de tecnologias de informação e comunicação, em que estudantes e professores desenvolvem suas atividades em locais e tempos distintos.

Ainda no decreto nº 5.622/05 instituiu-se: a) obrigatoriedade na realização de tarefas presenciais como: avaliação, estágios e atividades em laboratórios; b)

ampliação da utilização da EAD para cursos de graduação, especialização, mestrado e doutorado; c) a duração de cursos a distância deverá ser a mesma das modalidades presenciais; d) o Ministério da Educação será o responsável pelo credenciamento de instituições para oferta de cursos de educação superior; e) os cursos de nível básico serão cadastrados pelas autoridades estaduais.

A educação a distância possui uma modalidade de estrutura organizacional chamada de instituição especializada. Nela, o emprego didático é voltado unicamente para o ensino não presencial, possuindo características próprias, como abrangência nacional, orçamentos independentes e habilitação de fornecimento de diploma próprio. Os cursos obedecem a regulamentações semelhantes as universidades de ensino presencial. Essas instituições oferecem geralmente os serviços de graduação e pós-graduação (BELLONI, 2009).

A partir da expansão de iniciativas de ensino a distância e dentro do conceito de instituição especializada, foi criada em 2005, pelo Ministério da Educação, a Universidade Aberta do Brasil. Seu principal objetivo é a capacitação de professores do ensino fundamental através da perspectiva de um aprendizado não presencial. Essa iniciativa conta com pólos universitários presenciais, laboratórios de informática e tutores disponíveis pelo acesso *on line*. No ano de 2007, havia 291 pólos educacionais e 46 mil vagas de ensino superior (BRASIL, 2010a).

Na enfermagem, a educação a distância está presente em cursos de especialização, disciplinas de graduação, programas de extensão e principalmente em estratégias de educação permanente.

Um forte exemplo da EAD na área da enfermagem é o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) que foi lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde e teve como objetivo, a complementação profissional de auxiliares de enfermagem para técnicos de enfermagem (COSTA et al., 2008).

Segundo Ferreira et al. (2007), o PROFAE permitiu a qualificação profissional e a melhora na qualidade do atendimento, além de possuir forte significância social, descrita na pesquisa como mudança de vida para os sujeitos.

Outra iniciativa de qualificação a distância na área da enfermagem são os cursos oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP, 2010), onde o aluno pode contar com cursos de aperfeiçoamento, atualização e especialização a distância.

No Brasil, a educação permanente em enfermagem por meio de recursos a distância ainda é algo recente em comparação a outros países, porém existem alguns estudos que ressaltam sua eficácia.

O estudo apresentado por Quelhas, Lopes e Ropoli (2008) narra o desenvolvimento de um curso a distância sobre esterilização de materiais, que ocorreu em Campinas no ano de 2006. Nessa pesquisa, o índice de enfermeiros que finalizaram o curso foi de 78,6%.

Em 2008, foi realizado um estudo por Sanches e Lopes sobre o uso da EAD para atualizações sobre cardioversão e desfibrilações para enfermeiros. O índice de alunos que terminou o curso foi de 52,4% e a principal justificativa para evasão do curso foi a falta de tempo para dedicar-se às tarefas exigidas como método avaliativo.

O estudo publicado por Ribeiro e Lopes (2006) foi baseado na experiência da construção de um curso a distância sobre tratamento de feridas. Do total de enfermeiros inscritos, apenas 60,7% concluíram o curso; Mais uma vez a justificativa principal para a evasão foi a falta de tempo e acúmulo de tarefas.

É importante ressaltar que a evasão em cursos realizados à distância tende a ser bastante elevada, pois muitos alunos abandonam o curso antes mesmo de iniciarem as aulas. A maioria alega falta de tempo ou inabilidade em utilizar o computador (CAMPOS, 2000).

A educação a distância também ganha notoriedade nas faculdades. Algumas disciplinas da graduação de enfermagem possuem a EAD como didática principal. Esse é o caso do estudo produzido por Camacho (2009), em que algumas disciplinas presentes no currículo de formação em enfermagem foram ministradas *on line* em uma faculdade particular do estado do Rio de Janeiro. A experiência foi avaliada pelos próprios alunos, os quais 45,9% classificaram como muito bom o esclarecimento de dúvidas utilizando o sistema de ensino não presencial.

Além de cursos e disciplinas, a Educação a Distância também é aplicada na enfermagem através da possibilidade de criação de *websites* que visam a disponibilização de materiais pedagógicos a respeito de um determinado assunto de interesse. Esse método de ensino foi empregado e exposto no estudo realizado por Alves et al. (2006), na formulação de uma página na internet sobre informações referentes ao pé diabético.

A aplicação de recursos tecnológicos mais básicos como o correio eletrônico também tem sido amplamente empregado em estratégias de educação a distância. Em grandes empresas o uso deste dispositivo é praticamente essencial devido à redução de custos e velocidade de disseminação de informações. Na enfermagem seu emprego está relacionado também com a velocidade de propagação de informações e conteúdos e por isso, tem sido cada vez mais utilizada tanto para fins sociais tanto para profissionais (NASCIMENTO; TROMPIERI FILHO, 2002).

Certamente, quando um grupo de enfermeiros desenvolve um serviço de educação permanente, eles deverão participar de todos os passos metodológicos para a construção de tal proposta. Além disso, soma-se o fato da obrigatoriedade de vivenciar todas as incertezas que estão por trás do planejamento de um serviço de educação a distância (SEAD). Eliasquevici e Prado Junior (2008) identificaram uma série de questões inerentes à criação de um SEAD, dentre eles estão: corpo docente, tutores, divulgação para os alunos, equipe técnica e disponibilização de material didático.

Os recursos tecnológicos para obtenção da educação permanente em saúde vêm sendo amplamente utilizados. Os enfermeiros em geral os utilizam para sanar dúvidas a respeito de suas práticas hospitalares.

Na área da atenção básica de saúde essa vivência não é diferente. O estudo publicado por Garcia e Baptista (2007) expõe a realidade da implantação de um serviço de educação permanente à distância para profissionais da atenção básica na Bahia.

O serviço de educação permanente a distância torna-se ferramenta importante na área de saúde, pois colabora para orientar as práticas e atualizar o profissional em relação a novos saberes.

1.2 Educação permanente

Educação permanente é um conceito de educar em saúde que estabelece ligações concretas entre a prática do profissional, os ensinamentos teóricos e os serviços entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2009b).

Sendo assim, podemos pensar a educação permanente como o processo pedagógico que possibilita a introdução de novos saberes através de um processo contínuo, que afetará entre outras coisas, a prática profissional.

O significado da educação permanente em saúde é expresso de maneira crítica por Ceccin (2005), evidenciando seu sentido político. O autor determina que tal processo de aprendizagem tem por objetivo a mudança das práticas de saúde, visando análise crítica e conseqüentemente inovações técnicas adequadas.

Visando a prática da educação permanente nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cuja criação foi uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para capacitação dos profissionais de saúde, implicando em melhor atendimento, intervenções mais apropriadas e maior dinamismo da equipe.

A Política Nacional de Educação Permanente foi primeiramente implementada através da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a). Nesse documento, é instituído que a condução regional será efetivada através de um colegiado de gestão, efetivado pelos pólos de educação. É expresso que deverão exercer o papel de pólos de educação, desde escolas técnicas, hospitais, estudantes da área de saúde até mesmo movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Caberia aos profissionais dos Pólos de Educação, não somente o papel de transmissores de saberes, mas também a função de instigar o conhecimento autônomo, possibilitando assim a interpretação da teoria traduzida para sua prática (ARRUDA et al., 2008).

Ainda na Portaria nº 198, em seu artigo 5º, é instituído que cada pólo educativo será referência e terá responsabilidade por um determinado território. O pólo terá ainda o dever de se integrar ao serviço de saúde, a fim de desenvolver atividades pedagógicas complementares às necessidades da população referida.

No artigo 8º de tal documento é instituída ainda a criação da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, cujo principal objetivo é o acompanhamento do serviço de educação permanente prestado aos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

No ano de 2007, o Ministério da Saúde publicou um novo documento relacionado com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: a Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007.

Esta Portaria dispõe no artigo 1º que sejam relevantes as informações que expressem as características regionais. Além disso, deve haver um plano de ação regional, capaz de atender às necessidades específicas daquela população e caberá ao Colegiado de Gestão Regional, o dever de verificação de demandas e criação do plano de ação.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações do trabalho [...]. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tem (BRASIL, 2007b).

Apesar de muito falarmos sobre educação permanente, devemos lembrar a diferença do processo educacional de cunho permanente em relação aos processos de capacitação. A educação permanente pode abranger diversas ações de capacitação, porém é válido recapitular que esta deverá ser acompanhada de estratégias de mudanças institucionais. Além disso, o processo de educação permanente requer um planejamento estratégico a partir da avaliação dos hábitos institucionais (BRASIL, 2009b).

Outra característica importante a demarcar o processo de capacitação é a transmissão de conhecimento de modo a atualizar informações e tecnologias de um grupo específico (BRASIL, 2009b).

Segundo Freire (1996), ensinar não pode ser considerado como transmissão de conhecimento, de modo que o aprender é um processo inacabado, regado de experiências críticas no qual o aluno é estimulado criar uma própria imagem daquilo a ser aprendido.

De acordo com estudo publicado por Arruda et al. (2008), o principal desafio para a equipe de educação permanente estudada foi o estímulo pela busca de novos saberes, sem que fosse utilizada a transmissão de conhecimento, ou seja, o profissional buscar por si só novas formas de aprender.

Neste mesmo estudo, as autoras especificaram a construção autônoma de conhecimento como um verdadeiro marco evolutivo do processo educativo. O indivíduo aprende e aplica o conhecimento de acordo com suas necessidades (ARRUDA et al., 2008).

O estudo de Sudan e Corrêa (2008) traduz o sentimento de um grupo específico inserido em atividades de educação permanente. A maioria dos profissionais recebe as estratégias de educação permanente com extremo descontentamento, pois apenas visualizam essa modalidade como um tempo

destinado a palestras, excluindo assim, toda e qualquer visão crítica do que está sendo ensinado, formando uma rede baseada apenas em transmissão de conhecimento.

Nos últimos anos, a educação permanente em saúde tem sido foco de inúmeros debates, principalmente no que se refere ao sistema público. Segundo Rômulo S. Batista e Rodrigo S. Batista (2009), a busca por novos métodos educativos, nas áreas médicas, não pode reduzir-se a apenas áreas específicas, mas ao conhecimento como um todo. É exatamente nesse sentido que se configura a necessidade de interação entre diversos profissionais e diversos saberes, a fim de ser instituída a troca de conhecimento entre as equipes.

A educação permanente é efetivada quando há apropriação do conhecimento, de forma que o saber seja traduzido para a realidade do profissional de maneira a estimular novas práticas, para melhorar a qualidade de atendimento da equipe e também a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A educação permanente relacionada à Estratégia de Saúde da Família configura-se como um dos eixos do presente estudo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) expõe os principais objetivos do processo de educação permanente mediante as estratégias de saúde da família, os quais destacam-se: a melhora na qualidade dos atendimentos e intervenções, o aumento da resolutividade precoce e o fortalecimento do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as demandas de educação permanente na ESF devem visar os problemas da comunidade de atuação do profissional, para que, através do conhecimento obtido, haja a melhora no atendimento. Sendo assim, a educação permanente não pode ser compreendida como um momento na vida acadêmica do profissional e sim, como um processo contínuo de crescimento na vida profissional.

Com o propósito de que todo o processo de educação permanente seja implementado pelas equipes de estratégia de saúde da família, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) preconiza alguns passos metodológicos pra serem seguidos para definir etapas que possibilitem a criação de programas de educação permanente efetivos. Dentre essas etapas, destacam-se os seguintes passos: a) identificação das necessidades da população e dos profissionais; b) elaboração dos objetivos de aprendizagem; c) seleção de conteúdos; d) definição dos métodos e

técnicas de aprendizagem; e) organização da grade programática; f) definição de atividades educacionais; g) execução do programa; h) avaliação.

No processo de educação permanente atrelada à ESF, podemos utilizar três propostas metodológicas principais. A primeira é a chamada metodologia baseada em problemas. Esse método foi criado a partir da necessidade de adaptabilidade do conhecimento teórico às questões práticas encontradas pelo profissional de saúde. É válido lembrar que esse método de aprendizado não deve ser aplicado a somente uma questão específica e sim, a uma constante busca para realização da mesma tarefa; o profissional deve atualizar-se constantemente, evidenciando, então, o processo contínuo, característico dessa forma educativa (BRASIL, 2000).

Segundo Schmidt (1990 apud BRASIL, 2009), o modelo de aprendizagem baseado em problemas, segue sete passos metodológicos: a) esclarecimento em grupo acerca do problema exposto; b) definição do problema exposto, relevando o seu fenômeno de origem; c) análise do problema baseando-se no conhecimento prévio do grupo em relação ao mesmo; d) tentativa de explicação do grupo em relação ao fenômeno que gerou o problema, e) formulação de questões a serem respondidas pelo grupo, objetivos do estudo; f) estudo individual; g) compartilhamento de conhecimento entre os membros participantes. Além disso, o Ministério da Saúde ressalta que não há limitação metodológica em relação aos passos citados acima.

A segunda proposta metodológica para a realização do processo de educação permanente é chamada auto-instrução. Esse método é baseado no compartilhamento de conhecimento entre membros da equipe e também entre componentes de outras unidades de saúde da família, a fim de aperfeiçoar o aproveitamento de todos. Nesse método, é comum o uso de acervos sobre algum assunto específico ou pequenas bibliotecas referentes ao tema de anseio (BRASIL, 2000).

A terceira proposta metodológica é a educação a distância. Atualmente, é empregada em mais de 80 países e seu principal objetivo é servir como alternativa para as equipes integrantes da estratégia de saúde da família. Essa proposta não substitui as outras modalidades de educação permanente, ao contrário: ela soma conhecimento, estimula o profissional a buscar novas fontes de dados e se adequa às necessidades da equipe, respeitando as limitações geográficas e temporais (BRASIL, 2000).

Devido ao grande número de discussões sobre o tema de educação permanente, é válido conceituarmos também a divergência de conceitos entre educação permanente e educação continuada.

Sobre educação continuada, podemos verificar a presença da metodologia tradicional de transmissão de conhecimento. O público-alvo dessa modalidade busca aperfeiçoamento na área específica, visando apropriação de conhecimento e atualização de saber. Essa modalidade estabelece, ainda, um tempo fixo para a obtenção do conhecimento desejado (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Segundo Paschoal, Mantovani e Méier (2007), a educação continuada é toda atualização ocorrida após o processo de profissionalização cuja metodologia de ensino demonstra-se definida através de meios formais de aprendizado.

Para Vincent (2007), a principal estratégia de aprendizado da educação continuada reside nos cursos de atualização e aperfeiçoamento que, muitas vezes são oferecidos por gestores a fim de corrigir falhas na prestação de serviços.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) elucida o conceito de educação continuada definindo-o como um recurso tradicional à educação em saúde o qual geralmente envolve processo de atualização com enfoque disciplinar, ambiente didático e transmissão de conhecimento. Além disso, possui curso periódico sem sequência temporal definida. Atua estabelecendo continuidade no currículo acadêmico, porém há desconexão do saber teórico com o prático. Há portanto uma crítica a este modelo, que tende a considerá-lo insuficiente para os processos de formação em saúde.

Quando falamos de educação permanente, referimo-nos a uma população multidisciplinar, com metodologias dinâmicas, de fluxo contínuo de conhecimento, que visa aprimorar o profissional e modificar intervenções para ações mais compatíveis com a realidade de trabalho desse profissional, objetivando sempre a qualidade de vida da população atendida (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A educação permanente engloba a incorporação do ensino à vida prática do indivíduo, sendo ela fonte de conhecimento e problemas, e é sempre o ponto de partida para a busca de conhecimento. Além disso, o sujeito é visto como ator reflexivo e não apenas receptor de informações. Outra característica é a ausência de fragmentação disciplinar e a ampliação dos espaços educativos (BRASIL, 2009b).

Arruda et al. (2008) referem que educação continuada e educação permanente são dois momentos distintos de um mesmo processo de aprendizagem,

sendo divergentes, porém podendo ser complementares. Apesar de serem distintas em suas metodologias e concepções, ambas visam a ampliação de conhecimentos que, de algum modo, orientarão a prática profissional.

É importante se reconhecer que o estabelecimento de planos de ensino em educação permanente e continuada, não traduzem o curso concreto de como se dará o modo de aprender, já que o aprendizado será pautado essencialmente na conduta de alunos e professores. Neste sentido, tanto educadores como educandos têm suas práticas atravessadas às questões culturais, políticas, ideológicas, dentre outras.

Existe hoje uma série de recomendações, inclusive políticas, para a realização de programas de educação permanente em saúde. Entretanto, não há previsibilidade do êxito de um programa de educação permanente em saúde, podendo muitas vezes ocorrer um entrelace das modalidades de ensino, em que uma complementar a outra.

Para fins da discussão dos resultados deste estudo, consideraremos o conceito de educação permanente, ainda que existam polêmicas em torno de sua compreensão e adoção pelas políticas públicas, em função de estar a EAD explicitada como uma de suas modalidades na atual Política Nacional de Educação Permanente.

1.3 Estratégia de Saúde da Família

Para destacar a aplicabilidade da educação a distância para a área de enfermagem, referiremo-nos, especificamente, ao campo de práticas e saberes da estratégia de saúde da família.

Em 1988, quando foram anunciadas mudanças na Constituição Federal, foram determinadas como diretrizes do Sistema Único de Saúde: a universalização, integralidade, descentralização, hierarquização, equidade e a participação da comunidade. É exatamente baseado nesses conceitos que o Programa de Saúde da Família foi formalizado anos mais tarde (BRASIL, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família atual é o resultado da fusão de dois programas anteriores desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. O primeiro que lhe

cedeu o nome, fora criado em 1994, porém começou a ser ampliado em 1995. O segundo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado originariamente em 1991 (CAPISTRANO FILHO, 1999).

O Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) foi criado em 1991 pelo Ministério da Saúde na tentativa de diminuir a mortalidade materna e infantil em regiões mais carentes do país como norte e o nordeste. A partir de resultados positivos no estado do Ceará, o Ministério da Saúde pode comprovar que os agentes de saúde poderiam participar em outras atividades com vistas às melhorias nas condições de saúde, a partir de sua participação conjunta com uma equipe predeterminada (VIANA; DAL POZ, 1998).

Devemos tecer algumas considerações importantes acerca da história da ESF. De acordo com o estudo de Mattos (2002), até o ano de 1996 a ESF, até então chamada de Programa de Saúde da Família, possuía uma estratégia de expansão de cobertura e, a partir do ano de 1996, começou a ser vista como uma reorientação do modelo assistencial sobretudo à atenção básica de saúde.

É válido ressaltar a multiplicação das equipes de saúde dessa modalidade de atendimento. Em junho de 2010, o Estado do Rio de Janeiro contava com 1.833 equipes de saúde atuantes na ESF; Em junho de 2007, este número era de 1.015 equipes, crescimento de aproximadamente 55% (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010b).

Com a criação desta modalidade de atenção, a expectativa em relação à ESF, era gerar laços sociais entre os profissionais de saúde, agentes comunitários e população e com isso, estabelecer intervenções adequadas para cada situação (BRASIL, 1997).

Em relação aos objetivos da ESF, podemos identificar: assistência à saúde de forma integral, intervenção sobre fatores de risco, abordagens sempre relacionadas com a necessidade real das famílias, criação de vínculos sociais e o estabelecimento de propostas para o atendimento à saúde como um direito cível (BRASIL, 1997).

Para Corbo, Morosini e Pontes (2007), a ESF integra magistralmente alguns conceitos do SUS, tais como: integralidade e universalidade da assistência, equidade, resolutividade, humanização do atendimento e o estímulo à participação comunitária.

A integralidade é um dos princípios do SUS e seu conceito assume a junção de diversas ações em saúde preventivas e curativas, individuais e coletivas (KANTORSKI et al., 2006). Para Costa e Lionço (2006) e Silva e Sena (2008), a integralidade é um princípio norteado por políticas e ações que possam responder às demandas das populações.

A universalidade do atendimento também é um princípio do SUS. Corbo, Morosini e Pontes (2007) afirmam que a universalidade está relacionada a acessibilidade aos serviços de saúde. Quando o indivíduo possui atendimento a saúde em sua comunidade, evita-se deslocamentos e possíveis agravos, podemos assim afirmar que a ESF contempla este princípio em seu funcionamento.

A equidade em saúde pode ser definida como a redução das diferenças (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Para Elias (2002), equidade se associa a outros dois conceitos, igualdade e justiça, propiciando assim, a correção do que a igualdade não se faz justa. Para Costa e Lionço (2006), a equidade auxilia a prática dos conceitos de integralidade e a universalidade.

Quando falamos de humanização, referenciamos a algo plenamente subjetivo, sobre o que vai além de qualidade técnica, algo pautado essencialmente no comportamento do profissional (SIMÕES et al., 2007). A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b) entende como humanização: a) valorização dos sujeitos; b) valorização da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; c) afirmação de vínculos; d) focalização das necessidades dos cidadãos; e) melhoria das condições de trabalho e atendimento.

A participação popular constitui uma das diretrizes do SUS. Na ESF esta diretriz é estimulada a partir de dois princípios: o primeiro diz que a saúde da família deve auxiliar na construção da cidadania; o segundo afirma que a ESF deve buscar parcerias e também integração com projetos sociais (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

No que tange à atuação, estipula-se que cada território de abrangência da estratégia, deve ter pelo menos uma equipe que auxiliará entre 600 a 1000 famílias, o que conta com uma população média de 4.500 pessoas. As famílias devem ser cadastradas e mapeadas para controle da própria equipe. Com esse processo, ficam mais evidentes as diferenças socioeconômicas e culturais presentes na comunidade, o que possibilita a inserção de atividades e intervenções direcionadas à grupos específicos (BRASIL, 1997).

A instalação da unidade deve ser feita em imóveis que se adequem às normas da vigilância sanitária, sendo eles já utilizados como postos de saúde ou não. Por esse motivo, muitas pessoas ainda têm dúvidas a respeito da diferenciação das unidades de saúde da família e os postos de atendimento da prefeitura. A primeira realiza a busca ativa aos usuários e acompanhamento dos cadastrados; a segunda atua de forma passiva, atendendo apenas a demanda que solicita as ações de saúde (RIO DE JANEIRO, 2006).

A ESF conta ainda com uma equipe multidisciplinar, que terá a presença de, pelo menos um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde. A equipe poderá contar com profissionais de apoio, dentre eles dentistas, psiquiatras e nutricionistas. Além disso, é ideal que a equipe tenha exclusividade ao trabalhar em uma comunidade específica, com carga horária média semanal de 40 horas (BRASIL, 1997).

Um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da estratégia de saúde da família, com claros objetivos de inclusão social, exige qualificação dos profissionais inseridos e adesão ao programa por parte desses profissionais (SCOREL, 2007, p. 170).

Segundo Rocha e Araujo (2007), o trabalho multidisciplinar realizado pela equipe da estratégia de saúde da família, tem por objetivo a construção de saberes coletivos pautados na prática individual dos membros da equipe, e constitui assim, um dos principais pilares para um atendimento de qualidade. Outro estudo realizado em um município de São Paulo, afirma que para a equipe, o programa de saúde da família tem seu real significado baseado na possibilidade do trabalho em conjunto (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Apesar de contar com o princípio da multidisciplinaridade, o programa possui atribuições específicas para cada membro. Deteremos-nos nas atribuições do enfermeiro, pois este configura o foco de atenção do presente trabalho.

O enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família deverá desenvolver intervenções de assistência básica e vigilância epidemiológica junto a população e, desenvolver programas de capacitação entre os técnicos de enfermagem e agentes comunitários, abordar questões referentes a condições higiênicas junto a comunidade e estimular o processo crítico da população e equipe diante os direitos de saúde e sua legitimidade (BRASIL, 1997).

Além disso, cabe ao enfermeiro tomar ações características ao aspecto de gestor profissional, como o planejamento e organização de ações do processo de

trabalho da unidade. Para a realização de tais tarefas, o enfermeiro conta com características adquiridas como: valorização da equipe, conhecimentos sobre deveres e direitos do profissional, princípios éticos, reconhecimento da dinâmica institucional (KAWATA et al., 2009).

A Estratégia de Saúde da Família rompe com o modelo tradicional de atenção básica, devido a algumas particularidades, dentre elas: o modo de planejamento de suas ações de saúde, o processo dinâmico vivenciado entre profissionais e comunidade, intervenções sobre necessidades individuais e/ou coletivas e a intensa participação popular através de agentes e líderes comunitários (BRASIL, 2005b).

É muito comum a associação da ESF com a promoção a saúde de grupos específicos como as mulheres e crianças. Outro erro comum é associar o ESF com os programas do Ministério da Saúde, como por exemplo, o atendimento a hipertensos e diabéticos. Todas essas relações não condizem com a verdadeira proposta do programa, já que o mesmo vislumbra a interdisciplinaridade e também a promoção à saúde de membros da comunidade (BRASIL, 1997).

Segundo M. S. Nascimento e M. A. A. Nascimento (2005), assim como em outros ambientes de serviço, o enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família deve assegurar seu papel como produtor de conhecimento e membro da equipe multidisciplinar, que dirigirá sua atenção para a promoção da saúde dos membros da comunidade.

Além disso, ele possui duas atribuições particulares: a primeira é relacionada às ações específicas realizadas no posto de atendimento do programa. Dentre elas estão: consultas de enfermagem e atividades de supervisão e gestão. A segunda atribuição é ligada às ações realizadas no ambiente domiciliar do indivíduo. Dentre elas estão: consultas domiciliares e intervenções terapêuticas (SANTOS, 2003).

No que tange as visitas domiciliares o enfermeiro pode se utilizar deste recurso para, além de realizar as tarefas citadas acima, realizar ações educativas e preventivas sempre relevando-se as considerações epidemiológicas da região (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Por ser originariamente criada para atender comunidades que não contam com as facilidades do atendimento básico de saúde, a ESF é até hoje ligada à população carente. Por esse motivo muitos associam o programa com atendimento de baixa qualidade e sem utilização de recursos tecnológicos (BRASIL, 1997).

Estima-se que em agosto de 2009, diante da população brasileira total, cerca de 50,1% dos habitantes já contavam com o serviço de ESF em suas comunidades. A dimensão do crescimento do programa é verificada quando testemunhamos os números referentes ao ano de 2003, quando apenas 35,7% da população brasileira possuía cobertura do programa (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010c).

O crescimento da Estratégia de Saúde da Família no Brasil é estimulado devido a ações de promoção a saúde e prevenção de doenças realizadas em comunidades onde o acesso à saúde ainda é precário. Além disso, inicia-se o processo de mudança de foco de ação que até o presente momento era baseado no modelo curativo (KAWATA et al., 2009).

Segundo Oliveira e Marcon (2007), apesar de todos os esforços para mudança de paradigma de saúde e cuidado existentes no íntimo da estratégia da saúde da família, muitos enfermeiros ainda estabelecem vínculos com o modelo curativo, principalmente no que se refere a visitas domiciliares.

O estudo realizado por Fernandes, Bertoldi e Barros (2009), identifica o perfil dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. Neste estudo, verificou-se que 80% dos indivíduos que se submeteram a consultas no posto, não possuíam plano de saúde e 71,5% dos entrevistados afirmou estar em ótima ou boa saúde.

Em outra pesquisa realizada em municípios de São Paulo, verificou-se que 57,3% dos indivíduos participavam do programa recebendo as visitas domiciliares e marcação de consultas, porém não participavam de atividades comunitárias propostas pela unidade. No mesmo estudo, identificou-se que 26,5% das pessoas apenas recebiam as visitas domiciliares e 16,2% realizavam todas as ações propostas pela unidade de saúde, dentre elas: visitas domiciliares, agendamento de consultas e ações comunitárias (BOUSQUAT; ALVES; ELIAS, 2008).

Um estudo realizado em Olinda (Pernambuco) permitiu a visualização do impacto da estratégia de Saúde da Família sobre o índice de mortalidade infantil da região, que decaiu bruscamente devido a ações de prevenção a agravos, além de atendimento pré-natal, imunoprevenção e diagnóstico precoce de doenças de base (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Um aspecto importante da Estratégia de Saúde da Família é a participação popular. Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo indica que a participação da população na estratégia de saúde da família, é prevista tanto na preconização de

ações em saúde com base nos diagnósticos realizados, quanto nos conselhos gestores e populares (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Valla (1998) traz a tona o conceito de participação popular como sendo o conjunto de ações que diferentes sujeitos sociais realizam, influenciando assim, a formulação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas e serviços básicos na área social.

David e Acioli (2010) afirmam que a participação popular em saúde possui ligação histórica com o surgimento da Educação Popular em Saúde (EPS). Para as autoras, o processo educativo na EPS implica em diálogo e escuta, a relevância do saber do outro, baseando-se sempre em saberes diferentes, porém não hierarquizados.

Crevelim e Peduzzi (2005) constataram que a população pesquisada, levantava três questões principais relacionadas com a participação popular. A primeira, a participação popular era tida como a busca por melhores condições de saúde e refletia a idéia de cidadania. Na segunda, o principal foco era a necessidade de cursos e informações para a comunidade, para que um maior número de pessoas se conscientizasse da obrigatoriedade do Estado em fornecer saúde para a massa. E finalmente, a terceira questão é baseada em construção de melhores condições de vida para membros da comunidade. Esta questão reflete o sentimento de ajuda e cooperação para garantia de compra de materiais hospitalares necessários para membros mais necessitados como, por exemplo, os idosos (CREVELIM, PEDUZZI, 2005).

Apesar de ser um dos pilares da ESF, a participação popular nem sempre é percebida nas unidades de saúde. O estudo de Lacerda e Santiago (2007) indica que os profissionais de saúde consideram a participação popular na ESF, pouco expressiva. Há evidente diferença entre o proposto e a prática cotidiana das equipes, e isto também se reflete nas ações educativas.

Como dito anteriormente, a participação popular proposta pela ESF ainda é dificultosa em muitas comunidades. Um estudo realizado na Bahia nos relata que principalmente os indivíduos que não participam das ações de saúde na unidade, não identificam o programa como algo que visa acrescentar qualidade de vida. O reconhecimento da estratégia de saúde da família foi identificado principalmente entre mulheres adultas e idosas, por serem do grupo que mais participava das ações de saúde na própria unidade. Outro resultado importante do mesmo estudo é o fato

da unidade de saúde da família ser identificada pelos participantes como posto médico ou posto de saúde, o que contraria a finalidade da estratégia de saúde da família (TRAD et al., 2002).

Para atender as demandas na estratégia de saúde, é necessário que o profissional enfermeiro esteja preparado para realizar ações de educação permanente. Cabe a ele a condição de formador de saberes entre a equipe de auxiliares e também entre os agentes comunitários de saúde.

Neste contexto, a enfermeira supervisora/instrutora tem uma parcela de responsabilidade na construção de processos educacionais nos quais sejam utilizadas metodologias facilitadoras e mediadoras da aprendizagem que permitam a criação, a crítica e a reflexão de suas práticas. Isto significa, também, dotar o processo de supervisão de caráter pedagógico, que contemple os diferentes ângulos do trabalho da equipe de enfermagem, levando-a, conseqüentemente, a uma reflexão contínua do seu fazer (VILLAS BOAS; ARAUJO; TIMÓTEO, 2008).

1.4 Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro

A história das práticas em saúde a distância, teve seu ponto de partida com a Telemedicina e, assemelha-se a história da educação, já exposta anteriormente neste estudo. Originalmente utilizou-se como difusor de práticas médicas, os serviços postais. Com o passar dos anos, incorporou-se novas tecnologias como o telefone e o rádio, até chegar ao televisor, que pode ser considerado o aparato mais importante na história da telemedicina (MELO; SILVA, 2006).

Com o passar do tempo, o termo telemedicina começou a ser empregado de outro modo que não especificasse a área do profissional atuante. Surge então, a denominação telessaúde. Para Norris (2002 apud MELO; SILVA, 2006), telessaúde é o uso de tecnologias de informação para difusão de informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde.

Visando uma proposta de educação em saúde, utilizando recursos tecnológicos de informação e comunicação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) publicou em janeiro de 2007 a Portaria nº 35.

Nesta portaria, o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Telessaúde que visa, essencialmente, a capacitação e a educação permanente das equipes básicas de saúde, prezando a qualidade de atendimento e as mudanças nas práticas de trabalho.

Além disso, a Portaria nº 35 definiu critérios, obrigatórios e indicativos, para a instalação dos pontos do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde. Os obrigatórios indicam que os pontos devem ser instalados em municípios cujos gestores estejam plenamente comprometidos com o Projeto. Além disso, os municípios devem possuir implantada a Estratégia de Saúde da Família e também infra-estrutura básica de telecomunicação.

Os critérios indicativos privilegiam municípios que possuam barreiras de acesso geográfico, populações inferiores a 100 mil habitantes, cobertura de ESF igual ou superior a 50% e IDH menor que 0,500.

A implantação do Programa Nacional de Telessaúde, assim como o Projeto Piloto deu-se a partir de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), o Ministério da Educação, através da Secretaria de Educação Superior (SESu) e da Secretaria de Educação a Distância (SEED), Casa Civil, Organização Pan-americana de Saúde, Ministério das Comunicações, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério da Defesa, universidades públicas e entidades como o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.

O Programa Telessaúde Brasil visa fundamentalmente a educação permanente a distância das equipes de saúde de modo que diminuam deslocamentos desnecessários e aumentem ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, c2008).

Para obtenção dos objetivos acima, o Programa conta com as seguintes ações: Capacitação das equipes para o uso de tecnologias de informação e comunicação; implantação de uma infra-estrutura de informática de modo a possibilitar a busca contínua por conhecimento; estruturação de serviços de teleconferência e segunda opinião formativa (BRASIL, c2008).

Além disso, o Projeto visa não somente a criação de infra-estrutura física mas também o compartilhamento de informações com centros de excelência de ensino, como no caso do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado (CAMPOS et al., 2006).

O serviço de capacitação das equipes de saúde para o uso de tecnologias consiste na entrega de kits compostos por computador e *webcam*, além de treinamento da equipe para a utilização do material.

Para desenvolver as atividades pedagógicas propostas pelo Projeto, a melhor alternativa é a utilização da teleducação interativa que, segundo Campos et al. (2006), reúne tecnologias e recursos didáticos para otimizar processos de educação, podendo assim, usar o recurso da educação a distância.

A atividade de teleconferência é realizada pelo Núcleo em horários previamente agendados, com temáticas pertinentes aos trabalhadores cadastrados. Todas as teleconferências realizadas no Núcleo são gravadas, o que permite que profissionais possam usufruir do material a qualquer instante e não somente no momento em que estas estiverem acontecendo.

A segunda opinião formativa é uma atividade voltada aos profissionais que necessitam da opinião de um especialista em determinada situação. Funciona da seguinte maneira: o trabalhador envia sua dúvida para a equipe de sua categoria profissional e, no prazo de 72hs, ele terá a resposta do teleconsultor para a situação que ele descreveu.

O Projeto Piloto Nacional do Telessaúde contou com nove núcleos que foram distribuídos dentre as cinco regiões brasileiras. Dentre eles estão os estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, e Rio Grande do Sul. Vale ressaltar que todos os núcleos concentram-se em universidades públicas e estas tem o dever de desenvolver ações pedagógicas de inserção de conhecimento.

As ações propostas pelo Programa Telessaúde estão ligadas intrinsecamente a utilização da internet como recurso básico de utilização. Para isso, o profissional inserido no programa deverá possuir conhecimentos básicos de informática para acesso às ferramentas de serviço.

O TSRJ foi implantado no estado do Rio de Janeiro no ano de 2007 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sendo vinculado ao centro biomédico. Porém apenas em agosto do ano de 2008, o núcleo transferiu-se para sua instalação definitiva no Hospital Estadual Pedro Ernesto (HUPE).

Ao longo da história do TSRJ, verificamos algumas modificações na dinâmica de trabalho. Ao início das atividades, os municípios cadastrados eram restritos ao registro de apenas três equipes de saúde, o que levava ao desestímulo dos demais. Atualmente, todos os profissionais podem registrar-se no sistema e usufruir das práticas educativas.

Em fevereiro de 2010, através da Portaria nº 402, foi instituído o Programa Telessaúde Brasil, assim como o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil. Nesta portaria, fica definida a composição de cada equipe do Programa Telessaúde bem como as atribuições de cada profissional. Além disso, a portaria trata do financiamento do Ministério da Saúde na fase de implantação e expansão (BRASIL, 2010a).

O núcleo Rio de Janeiro conta hoje com 31 trabalhadores dentre equipe técnica, pedagógica, administrativa, estagiários e teleconsultores, que atendem a aproximadamente 72 municípios do estado do Rio de Janeiro, atingindo assim, cobertura superior a 80% do estado (BRASIL, c2008).

Além disso, o estado do Rio de Janeiro conta com aproximadamente 120 unidades de telessaúde, ou seja, instalações para o acesso dos profissionais ao ambiente virtual. Cerca de 100 unidades são disponibilizadas pelo Programa Telessaúde e as outras 20, pela rede municipal de saúde.

No estado do Rio de Janeiro, os profissionais de saúde contam com outras iniciativas de educação permanente a distância além do Projeto. Na Universidade Federal Fluminense existe o Teleduff, que atende municípios da Região Metropolitana II. Já a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro utiliza um programa chamado Second Life, que possibilita o recurso de imagens tridimensionais que os coordenadores julgam ser mais atrativos para o público-alvo (MOTTA, 2009).

O uso de programas de educação permanente através da educação a distância não é referenciado somente no Brasil. O estudo de Mora e Aboutanos (2006) apresenta a relação de colaboração do International Trauma System Development Program (ITSDP), órgão situado na Universidade de Virgínia (Estados Unidos da América) com o Ministério da Saúde do Equador. O principal objetivo dessa parceria é instruir as equipes de saúde equatorianas sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões traumáticas relacionadas com os recursos existentes em cada região do país.

Rohm et al. (2006) descrevem uma experiência de telessaúde em regiões rurais da Colômbia, onde se permitiu que, especialistas de áreas urbanas prestassem serviços a instituições de atenção básica a fim de auxiliar no combate a malária. Neste estudo, os autores identificaram como principal obstáculo para implantação do serviço, a ausência de luz elétrica e internet em algumas regiões.

Na Colômbia, o êxodo de profissionais especializados para as metrópoles faz com que as áreas rurais sofram uma carência constante de especialistas. Dessa forma, em 2001 criou-se um programa de telemedicina, que culminou na diminuição de tempo de espera a atendimentos especializados, além da elevação na qualidade dos serviços de saúde para a população (AMOROSO; GUAJARDO; ARREOLA, 2006).

Na Bulgária, foi criado um serviço de telepsicologia, voltado para pacientes com transtornos mentais leves e que por algum motivo estavam impossibilitados de recorrer a um profissional para consultas face a face (JORDANOVA, 2006).

Segundo Hudson (2006), o surgimento da telemedicina no estado americano do Alasca deu-se por meio de comunicação das vilas com um hospital regional e o centro médico indígena. Atualmente o serviço de telemedicina está disponível em mais de 200 pontos incluindo vilas, instalações militares e postos de enfermagem.

2 PROPOSTA METODOLÓGICA

2.1 Descrição

O presente estudo foi desenvolvido por meio de abordagem quantitativa com desenho longitudinal e observacional, delineamento de pesquisa não experimental e caráter descritivo.

Segundo Santos e Clos (1998), o método quantitativo é indicado para estudar variáveis contábeis, como por exemplo, a raça ou o sexo. Além disso, as autoras afirmam que neste tipo de estudo, os achados devem ser tratados estatisticamente e por este motivo, tem maior poder de generalizar dados científicos se comparado à pesquisa qualitativa.

Minayo e Sanches (1993) afirmam que o trabalho do pesquisador que opta pelo estudo quantitativo exige grande habilidade crítica para avaliar quais variáveis são relevantes para que sejam quantificadas, já que a descrição complexa de variáveis e a supersimplificação podem impedir representações úteis e omissão de resultados pertinentes.

O desenho longitudinal caracteriza-se essencialmente pela utilização de dois ou mais momentos de coleta de dados, sendo possível a detecção de novas informações no decorrer do estudo (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Polit, Beck e Hungler (2004) referem que as pesquisas que têm como característica o caráter descritivo, apresentam como meta a observação e documentação da situação. Ainda, segundo essas autoras, pesquisas exploratórias têm por característica a investigação da natureza de um fenômeno e todos os fatores e variáveis com as quais ele se relaciona.

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), os estudos descritivos/exploratórios são usados de duas maneiras: a) buscar dados que visam as características da população do estudo; b) identificar frequência de ocorrência de um fenômeno).

No censo deste estudo, por tratar-se de um projeto de recente implantação, a descrição por meio de algumas variáveis, permitiu traçar um panorama de atuação dos enfermeiros nas atividades selecionadas na análise. Como passo inicial pensou-

se em analisar afundo, informações respeito do formulário de linha de base que é preenchido no momento de adesão dos municípios.

Neste formulário, descrito mais adiante, é possível retirar alguns dados que permitem identificar um perfil básico de utilização da internet pelo profissional, assim como assuntos que identifique como relevantes para sua educação permanente. As variáveis já estavam pré-definidas no instrumento.

No decorrer do projeto, o desenvolvimento e posterior registro de atividades levaram-nos, a selecionar duas delas para análise: a videoconferência e o sistema de segunda opinião formativa, também descritos a seguir. Neste caso, as variáveis foram definidas posteriormente, no decorrer do estudo.

2.2 Campo de pesquisa e fontes de dados

O estudo foi realizado no Núcleo Rio de Janeiro do projeto Telessaúde, situado em anexo ao HUPE. O espaço físico do núcleo corresponde a 4 salas, 1 copa e 1 banheiro. Neste espaço, há áreas para reuniões além de maquinário para o corpo técnico e também para a realização de atividades síncronas a longa distância, como por exemplo, as teleconferências.

Ao final da coleta de dados, o Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro contava com mais de 514 enfermeiros cadastrados, porém nem todos participavam das atividades. Resolvemos então, estudar todos os registros disponíveis em nosso banco de dados, buscando obter, desta forma, um panorama descritivo com o máximo de detalhamento que nos permitisse atender aos objetivos do estudo.

No momento de finalização deste relatório, existiam 72 municípios participantes do Telessaúde Rio de Janeiro, distribuídos nas Regiões Fluminenses de acordo com o mapa, conforme descrito no ANEXO A.

2.3 Fontes de coleta, organização e análise dos dados

A pesquisa contou com três fontes para obtenção dos dados: os formulários de linha de base, as segundas opiniões formativas e as teleconferências.

2.3.1 Formulário de linha de base

A primeira fonte de dados refere-se aos Formulários de Linha de Base (FLB) preenchidos pelos enfermeiros quando aderem ao programa do Telessaúde (ANEXO B). Através deste questionário, é possível a obtenção de informações referentes a diversas áreas de abrangência na vida desse profissional. No entanto, foram utilizadas como base para a primeira etapa da coleta de dados, apenas as informações indicativas sobre o perfil sociodemográfico, a formação profissional e o trabalho atual e conhecimentos de informática e recursos de comunicação. É válido ressaltar que nem todos os enfermeiros cadastrados no Projeto preencheram o formulário, devido à ausência de processo de preenchimento em formato digital. Apenas os trabalhadores participantes de atividades presenciais tiveram oportunidade de preencher o instrumento, totalizando em junho de 2010, data final de nossa coleta, um universo de 120 formulários.

O formulário é particular para cada área de atuação do Projeto, sendo o mesmo comum para as áreas de enfermagem e medicina. Atualmente, além do modelo utilizado nesta pesquisa, existem ainda os instrumentos aplicados à odontólogos e agentes comunitários de saúde.

O formulário de linha de base para médicos e enfermeiros, é dividido em algumas partes básicas indispensáveis para traçarmos o perfil desse profissional. A primeira parte é chamada de informações administrativas, onde o profissional identifica a unidade em que atua, a data em que o formulário foi preenchido e também se a localização da unidade corresponde a uma zona urbana ou rural.

A segunda parte do formulário corresponde a dados de identificação. Nesta sessão são encontradas informações sobre sexo, data de nascimento, e-mail, dentre

outros. Para a análise efetuada nesta pesquisa, utilizou-se dados de sexo e faixa etária.

Na terceira parte do formulário de linha de base para médicos e enfermeiros, encontramos dados sobre a formação profissional desse trabalhador. Em nossa análise, utilizamos os itens que identificam o tipo de instituição e o ano em que foi graduado e a formação de especialista e em que área foi cursada.

A quarta parte do formulário de linha de base, diz respeito ao grau de satisfação do trabalhador em relação a diversas situações do seu cotidiano de trabalho. Neste item, apenas analisou-se o tipo de vínculo desse profissional e sua satisfação com o mesmo.

A quinta parte do formulário de linha de base configura o foco principal de nossa pesquisa quando falamos de FLB. Foi analisado o conhecimento do profissional em relação a saberes técnicos, uso de internet e meios de capacitação. A escolha deste item como nosso foco surgiu como resposta para que compreendamos melhor a relação entre o uso de tecnologias pelos trabalhadores na sua vida pessoal e também em sua capacitação profissional.

Os itens 6 e 7 do FLB correspondem a demandas de aprendizagem dos trabalhadores. Estas demandas expõem o grau de conhecimento dos profissionais relacionados as temáticas específicas e, também detectam as áreas de intervenção dos profissionais do TSRJ no sentido de capacitação.

Foi utilizado para análise dos formulários, o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. A utilização do software seguiu os seguintes passos: a) levantamento dos dados do FLB agregados em planilhas; b) identificação das variáveis; c) cruzamento de variáveis de acordo com o resultado esperado. É válido ressaltar que o próprio programa gerou as tabelas expostas nesta parte da análise de dados. A utilização do SPSS 13.0 deu-se devido à facilidade para acesso e organização dos dados.

A primeira variável estudada nesta parte da pesquisa foi a faixa etária dos participantes seguida da região do Estado do Rio de Janeiro e o sexo do participante. Foram estudados, ainda, o tipo de faculdade em que cursou a graduação, se pública ou privada, e quantos anos o profissional tinha de formado. Outra variável estudada foi a posse e a área do diploma de especialização.

Em relação às variáveis quanto ao uso de tecnologias, foram estudados: o domínio da língua inglesa, a utilização do serviço de correio eletrônico e a frequência

que o acessa, os meios utilizados para capacitação profissional e a frequência da utilização da internet para atualizar-se.

Além disso, analisou-se a busca por capacitação, através de bibliotecas virtuais de saúde, a página do Ministério da Saúde e também do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Outra variável do estudo foi a utilização do SIAB na unidade básica de saúde.

Variáveis relacionadas com o trabalho atual como a zona de atuação, se urbana ou rural, o tipo de vínculo empregatício e a satisfação com o mesmo. A lista completa das variáveis do estudo encontra-se exposta de acordo com o APÊNDICE A.

2.3.2 Segunda opinião formativa

O segundo momento de análise compreendeu a análise do registro de segunda opinião formativa. Este serviço, também chamado de teleconsultoria, foi proposto pelo Programa Telessaúde Brasil como forma de suprir uma necessidade identificada pelos propositores do Programa. Partiu-se da idéia de que muitos desses profissionais trabalham em áreas remotas e devido a barreiras geográficas e temporais, nem sempre possuem apoio de outros profissionais para solucionar suas dúvidas técnicas. Esta necessidade seria então suprida por um sistema de teleconsultoria individualizado, pelos teleconsultores da equipe do Telessaúde.

Segundo Campos et al. (2006), esta atividade tem duração média de 30 minutos e permite adequar a formação profissional com a necessidade regional, além de criar condições necessárias para que a rede de apoio do Projeto conheça as características das equipes de saúde, sendo assim uma importante fonte de dados.

O procedimento de segunda opinião formativa ocorre do seguinte modo: o profissional cadastrado no projeto entra no sítio (<http://www.telessauderj.uerj.br/ava>) e realiza seu *login*, e recorre à atividade de teleconsultoria, conforme mostra a Figura 1.



Figura 1 – Sítio do Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro
Fonte: NEVES, 2010.

Após realizar sua entrada na página principal, o profissional tem a oportunidade de simular uma consulta conforme mostra a Figura 2.



Figura 2 – Simulação de consulta
Fonte: ARAÚJO; SANTOS, 2010.

O trabalhador então, seleciona a categoria profissional a qual pertence de modo que, enfermeiros enviam dúvidas para a equipe de enfermagem, e o mesmo ocorre com as outras categorias (Figura 3).

Consulta

Legenda:

Aberta Em análise Agendar Teleconferência Solicitada complementação de informação

Concluída Fechada Consulta com o prazo expirado

Consultas « Minhas consultas « Nova consulta

Área da consulta:

- Enfermagem
- Hanseníase
- Medicina de Família
- Nutrição
- Saúde bucal
- Saúde do idoso

Enviar

Figura 3 – Seleção de categoria profissional
Fonte: ARAÚJO; SANTOS, 2010.

No passo a seguir, o profissional deve escolher o tipo de sua dúvida (Figura 4). Para melhor entendimento de como funciona a segunda opinião formativa, o projeto Telessaúde Brasil categorizou possíveis dúvidas. As categorias utilizadas são: abordagem comunitária, abordagem familiar, casos clínicos, dúvida em clínica geral, educação em saúde, planejamento ou gestão, processo de trabalho da equipe e outras dúvidas.

Consulta

Legenda:

Aberta Em análise Agendar Teleconferência Solicitada complementação de informação

Concluída Fechada Consulta com o prazo expirado

Consultas « Minhas consultas « Nova consulta

Área da consulta:

Enfermagem

Tipo de dúvida*

- Abordagem comunitária
- Abordagem familiar
- Caso clínico
- Dúvida Clínica Geral
- Educação em saúde / Educação permanente da equipe
- Outra
- Planejamento e/ou gestão
- Processo de trabalho da equipe

Enviar

Figura 4 – Escolha do tipo de dúvida
Fonte: ARAÚJO; SANTOS, 2010.

No último passo para envio da segunda opinião formativa (Figura 5), o profissional preencherá a descrição da dúvida e, se houver necessidade poderá anexar algum material que deverá respeitar todos os preceitos da ética em saúde.

Consultas Usuários Sair

Consulta

Área da Consulta: **Enfermagem**
Tipo de dúvida: **Abordagem comunitária**

QUAL É A SUA DÚVIDA PARA A TELECONSULTORIA?*

Descrição da dúvida*

Figura 5 – Formulário de preenchimento de envio de segunda opinião formativa
Fonte: ARAÚJO; SANTOS, 2010.

O teleconsultor do núcleo responderá a dúvida do profissional em até 72hs, de acordo com o modelo educacional baseado em evidências, ou seja, deverá informar sua opinião sobre o caso juntamente com a categoria de evidências achadas nas bibliografias consultadas. Tais evidências possuem 4 graus de recomendação: a) estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência; b) estudos experimentais ou observacionais de menor consistência; c) relatos de casos estudos não controlados; d) opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais (BRASIL, 2010c).

Vale lembrar que o envolvimento da equipe de enfermagem com esse tipo de atividade datou seu início em maio de 2009 e até junho de 2010 (momento que marca o final de nossa coleta de dados) já havíamos registrado 99 pedidos de segunda opinião formativa.

Através da análise de segunda opinião formativa, foi quantificado o tipo de dúvida mais freqüente entre os enfermeiros. Entendeu-se que os lópus mais

freqüentes se refeririam às das áreas mais frágeis de conhecimento para o profissional enfermeiro, o que permitiria posteriormente a inserção de novas práticas no Programa Telessaúde que contemplem o acréscimo de conhecimento em tais áreas.

A principal consideração nesse momento da pesquisa é informar que, até poucos dias antes do final desse estudo, os serviços de teleconferência e segunda opinião formativa eram realizados através de dois cadastros distintos, o que levava eventualmente ao desconhecimento das atividades. Com a unificação dos cadastros, certamente haverá mudanças futuras na demanda de teleconsultorias.

Ainda no serviço de teleconsultoria, foi analisado o grau de satisfação dos usuários em relação às respostas dos teleconsultores de enfermagem. Esta informação é obtida através de questionário respondido pelo enfermeiro. Tal questionário (ANEXO C) é enviado ao profissional sempre que sua solicitação for respondida pelo teleconsultor. O profissional de enfermagem inserido no Programa Telessaúde, apenas poderá solicitar uma nova teleconsulta após o preenchimento e envio de tal questionário. Vale ressaltar que, esta pesquisa de satisfação é pré-formatada, mas permite que o profissional insira comentários.

Em relação as variáveis utilizadas nesta parte do estudo, podemos citar a temática da segunda opinião formativa e as regiões do Estado. Quanto às variáveis utilizadas na análise dos questionários de satisfação do profissional, podemos destacar: o preenchimento do questionário, a satisfação com a teleconsultoria, a pertinência da resposta do teleconsultor, a mudança de conduta do profissional, relevância para o atendimento atual, se o possível encaminhamento foi adiado e o porquê o mesmo não ocorreu. A lista completa das variáveis encontra-se no APÊNDICE A.

2.3.3 Teleconferências

A estratégia adotada para o terceiro momento de coleta de dados deste trabalho foi baseada na realização de videoconferências semanais, com temática previamente aprovada, cujos apresentadores variavam entre profissionais do próprio Projeto Telessaúde Brasil e docentes especializados na área. A discussão sobre os

temas abordados nas videoconferências era feita a partir da ferramenta de *chat* ou, quando necessário, foi utilizada a ferramenta de microfone pelos participantes para maior interação com o teleconferencista.

A base para estas teleconferências é um navegador comum de internet, requerendo, por parte dos participantes, apenas o computador com acesso à internet de banda larga, um programa navegador, alto-falantes para a escuta das apresentações, sendo desejável também a instalação de uma vídeo-câmera comum e microfone, para fins de interação. No entanto, se apenas o acesso à internet com escuta estiver disponível, já é suficiente para que os profissionais assistam à teleconferência, neste caso interagindo por meio de um *chat* em tempo real que permanece acessível durante toda a atividade. A escolha deste meio para a emissão das teleconferências foi intencionalmente planejada a fim de evitar que a exigência de equipamentos mais sofisticados atuasse como um impeditivo ou desestímulo à participação, o que poderia ocorrer se fosse utilizada a modalidade de videoconferência.

A atividade ocorre semanalmente às segundas-feiras, sempre às 15hs. Este horário foi estabelecido por acreditarmos que não seria interessante para o público-alvo, a realização de teleconferências na parte da manhã, já que os mesmos mencionaram em atividades presenciais que, o maior número de atividades nas UBS concentra-se nas primeiras horas do dia. No entanto, é difícil detectar e generalizar qual horário é efetivamente o mais adequado para os trabalhadores.

A coleta dos dados desta atividade deu-se entre o período de abril de 2009 e março de 2010. Os dados coletados com datas posteriores a esse momento foram descartados devido a falta de registros completos da atividade.

O ambiente virtual de ensino oferecido na atividade de teleconsultoria está exposto conforme a Figura 6.

Câmera e voz

Magda Faria

Tema

TELE-ENFERMAGEM

Aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial sistêmica

Bate-papo (P & R)

Certificação

Para a CERTIFICAÇÃO é indispensável o envio da LISTA DE PRESENÇA para o e-mail: educacao@telessaude.uerj.br, devidamente preenchida, a cada teleconferência. Download da lista no link abaixo.

Lista de Presença	
Nome	Tamanho
lista_presenca.doc	171 KB

Salvar no meu computador

logos2.jpg

Telessaúde Brasil

Ministério da Saúde

UM PAÍS DE TODOS

Laboratório de TeleSaúde

UERJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Figura 6 – Ambiente virtual de teleconferências

Neste recurso, foram analisadas a demanda de participantes de tal serviço e as principais dúvidas sobre o tema abordado levantadas no período de realização das teleconferências. A análise foi realizada com a apreciação simultânea de participações por município e região do estado do Rio de Janeiro.

Neste momento da pesquisa foram analisadas 4 variáveis. A primeira é a região do Estado do Rio de Janeiro onde atua o participante. A segunda corresponde à classe profissional dos participantes das teleconsultorias de enfermagem. Ainda foram analisados os pontos de acesso e a frequência mensal da atividade.

2.4 Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pela banca examinadora do comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto através do Parecer de nº 2551/2009 e também pela equipe do Telessaúde.

É oportuno ressaltar que a pesquisa será baseada em banco de dados secundários e por esse motivo, não se faz necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada enfermeiro, porém, para fins administrativos, encontra-se em anexo a declaração de requerimento de isenção do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) que foi entregue ao Comitê de Ética em pesquisa juntamente com o projeto do presente estudo.

Vislumbrando o compromisso ético do presente trabalho há o comprometimento de retorno à instituição da análise integral dos dados obtidos, juntamente com todo processo conclusivo que o sucede.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Formulário de linha de base

3.1.1 Perfil sociodemográfico

Foi efetuado um levantamento do quantitativo de enfermeiros cadastrados no sistema, atuantes na ESF, de acordo com as regiões do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 1 - Frequência de enfermeiros cadastrados segundo regiões do Estado – TSRJ, 2010

Regiões do RJ	Frequência	Percentual
Baixada Litorânea	22	18,3
Centro-Sul	3	2,5
Costa Verde	6	5,0
Médio Paraíba	19	15,8
Metropolitana	40	33,3
Noroeste Fluminense	6	5,0
Norte Fluminense	4	3,3
Serrana	19	15,8
N/I	1	0,8
Total	120	100,0

Legenda: Não identificado (N/I).

Na região Metropolitana, onde é situada a capital do estado, temos a presença da grande maioria dos profissionais, aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos formulários preenchidos. Atribuímos como hipótese explicativa o fato de que nesta região concentra-se a maioria da população do Estado. Estima-se que vivam, apenas na cidade do Rio de Janeiro, cerca de 38% da população total do estado (IBGE, 2010).

Outra consideração que devemos atentar em relação ao perfil do enfermeiro atuante na estratégia de saúde da família do estado do Rio de Janeiro é referente ao sexo da classe. Como já era esperado, a grande maioria dos profissionais

cadastrados é do sexo feminino. O percentual de profissionais do sexo feminino corresponde a 86% enquanto os profissionais do sexo masculino atingem apenas 14% dos registros. Este é um achado que reafirma o perfil e a história da profissão (COSTA et al., 2009).

Em relação à faixa etária dos participantes da pesquisa, comprovamos a predominância de faixas etárias abaixo de 40 anos em todas as regiões do estado. Estas, quando somadas geram um quantitativo de 76% dos enfermeiros. A estimativa do quantitativo dos enfermeiros por faixa etária e região, é encontrada na Tabela 2 desta pesquisa.

Tabela 2 - Quantitativo de enfermeiros por faixa etária e região – TSRJ, 2010

Faixas Etárias	Regiões									Total
	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Costa Verde	Médio Paraíba	Metropolitana	Noroeste Fluminense	Norte Fluminense	Serrana	N/I	
20-29	10	1	3	12	6	1	2	6	0	41
30-39	10	0	3	5	16	5	2	5	0	46
40-49	1	1	0	2	10	0	0	8	0	22
50-59	0	0	0	0	3	0	0	0	1	4
60 ou mais	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
N/I	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	22	3	6	19	40	6	4	19	1	120

Legenda: Não Identificado (N/I).

Outro aspecto relevante dessa pesquisa é a observação de áreas heterogêneas de atuação. Observamos a existência de dois territórios de trabalho: a área urbana e a rural. Segundo Caiado e Santos (2003), não há uma definição destes termos aplicável para todos os países, portanto podemos conceber que áreas urbanas são definidas segundo sua localização e população total e, áreas rurais, por um mecanismo de exclusão, são aquelas que não possuem atributos que as classifiquem como urbanas.

Tabela 3 - População de enfermeiros segundo área de atuação - TSRJ, 2010

Região	Zonas			Total
	Urbana	Rural	N/I	
Baixada Litorânea	16	4	2	22
Centro-Sul	3	0	0	3
Costa Verde	6	0	0	6
Médio Paraíba	17	2	0	19
Metropolitana	31	7	2	40
Noroeste Fluminense	4	1	1	6
Norte Fluminense	2	2	0	4
Serrana	16	3	0	19
N/I	0	0	1	1
Total	95	19	6	120

Legenda: Não Identificado (N/I).

De acordo com a Tabela 3, podemos verificar que, na região metropolitana, cerca de 23% dos profissionais atuam em áreas rurais, enquanto que 100% dos profissionais das regiões do Centro-sul e da Costa verde afirmam atuarem em áreas urbanas.

É fato que, aproximadamente 76% da população atendida pela ESF é residente de áreas urbanas e este padrão repete-se em todas as regiões do país. Contudo, na região sudeste, apenas 12% da cobertura da ESF é destinada às famílias de zonas rurais. No estado do Rio de Janeiro, esta cobertura é um pouco maior do que para o restante da Região, cerca de 14%. A Região Nordeste é a que mais aproxima o número de famílias atendidas em áreas urbanas e rurais, numa relação de 2 para 1, proporcionalmente (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010a).

3.1.2 Formação profissional e trabalho atual

Um grande anseio da autora desta pesquisa foi a verificação do perfil profissional dos trabalhadores da ESF do estado do Rio de Janeiro. Nessa parte do nosso estudo exporemos informações relativas a graduação e pós-graduação dos participantes, anos de atuação, tipo de vínculo de emprego e também a satisfação em relação ao vínculo de trabalho.

Em relação a graduação e também ao curso de pós-graduação, verificamos que a maioria dos profissionais se formou em instituições privadas, somando 73% dos registros. Os dados obtidos na pesquisa são plenamente justificáveis, quando os comparamos com os registros encontrados no último censo do ensino superior no Brasil, no qual verificou-se que o número de instituições de ensino superior privadas é quase 10 vezes maior do que o número de instituições públicas. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2010a) afirma que no estado do Rio de Janeiro, o número de instituições privadas é quase 5 vezes maior do que as públicas.

Segundo Vieira et al. (2004), a oferta do número de vagas em enfermagem nos últimos anos, deve-se à privatização do ensino, sobretudo com a flexibilização dos currículos e autonomia a instituições de ensino superior. Essas mesmas autoras expõem ainda que, entre os anos de 1995 e 2001, as faculdades privadas de enfermagem cresceram quase 192%, concentrando-se essencialmente entre as regiões sul e sudeste.

Além disso, notou-se que cerca de 62% dos enfermeiros estudados apresentaram menos de 10 anos de formação. Este fato justifica-se devido ao alto número de formandos nos últimos anos. Segundo o sistema de estatísticas educacionais, o número de graduações em enfermagem quase triplicou entre os anos de 1999 e 2003 (INEP, 2010b).

Podemos justificar ainda a formação recente dos profissionais, devido ao aumento de oferta de vagas nas faculdades particulares já comentados acima. Com a oferta do número de vagas, aumenta também o número de formandos, propiciando assim, um quadro maior de profissionais, cuja formação é recente (FRANÇA et al., 2004).

Tabela 4 - Quantitativo de profissionais especialistas por faixa etária - TSRJ, 2010

Faixa Etária	Especialização			Total
	sim	não	N/I	
20-29 anos	30	9	2	41
30-39 anos	43	3	0	46
40-49 anos	19	3	0	22
50-59 anos	4	0	0	4
60 anos ou mais	3	2	0	5
N/I	2	0	0	2
Total	101	17	2	120

Legenda: Não Identificado (N/I).

Quanto à conclusão do curso de especialização, 85% dos profissionais afirmaram ter concluído a especialização, sendo que destes, 34% são especialistas em saúde da família e, 18% em saúde pública. O percentual de enfermeiros especialistas segundo o curso escolhido, pode ser observado no Gráfico 1.

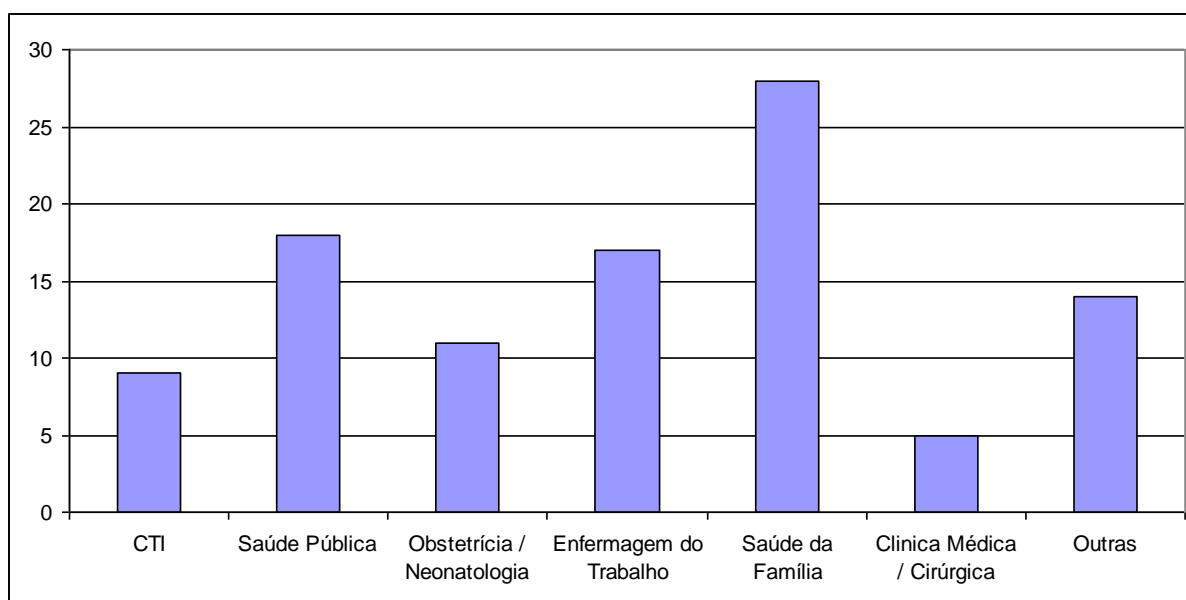


Gráfico 1 - Quantitativo de enfermeiros cadastrados por área de conclusão de especialização - TSRJ, 2010

Barbosa et al. (2004) indicam que o alto número de especialistas na área de saúde da família deve-se a iniciativas de financiamento de tal curso pelo Ministério da Saúde, a fim de formar profissionais aptos às demandas da ESF.

É possível observar o expressivo quantitativo de profissionais na categoria “outras”. Esta é composta por enfermeiros especialistas em diversas áreas como, emergência, auditoria, psiquiatria, dentre outras. Porém o número reduzido de profissionais destas especialidades culminou no agrupamento da categoria.

Quanto aos cursos de pós-graduação, modalidade *stricto sensu*, apenas 3 trabalhadores referiram já ter concluído o mestrado e nenhum concluiu o doutorado.

O próximo ponto abordado nessa pesquisa é o vínculo empregatício. Atualmente, na estratégia de saúde de família do estado do Rio de Janeiro, o profissional tem a opção de ser contratado por meio de 4 formas principais. Os trabalhadores sob administração indireta do Estado são chamados estatutários. Na maioria das vezes este vínculo ocorre por contratação após aprovação em concurso público (VIOLIN, 2002).

Há ainda uma segunda categoria de vinculados ao ESF do RJ: são os celetistas. Este tipo de vínculo é oferecido através de concurso público ou exame de qualificação de títulos. Apesar do sistema de contratação ser muito semelhante aos estatutários, o celetista pode ser demitido a qualquer momento devido ao quadro de vagas ou desempenho insatisfatório (NOGUEIRA, 2010).

Uma terceira forma de contrato é através das cooperativas. David et al. (2009) afirmam que este vínculo de trabalho foi amplamente difundido pelas facilidades fiscais oriundas dessa modalidade. Porém, apesar de sua essência remeter a um processo de autogestão coletiva do trabalho, no SUS ela é voltada essencialmente à terceirização de serviços.

A quarta forma de contratação do trabalhador é através de contratos temporários, cujo término do contrato indica também o encerramento das atividades do trabalhador.

Interessou-nos mapear quais as modalidades de vínculo de trabalho utilizadas para contratação dos enfermeiros da atenção básica. Aliado a este dado, buscamos verificar também o grau de satisfação do trabalhador em relação ao tipo de vínculo.

Tabela 5 - Divisão dos enfermeiros de acordo com o vínculo empregatício e região do estado - TSRJ, 2010

Região	Vínculo						Total
	Estatutário	CLT	Cooperativa	Contrato	Outros	N/I	
Baixada Litorânea	0	5	3	12	2	0	22
Centro-Sul	0	0	0	3	0	0	3
Costa Verde	1	1	0	3	1	0	6
Médio Paraíba	4	9	0	6	0	0	19
Metropolitana	8	12	4	8	3	5	40
Noroeste Fluminense	0	1	1	3	0	1	6
Norte Fluminense	2	0	0	1	0	1	4
Serrana	6	7	4	0	2	0	19
N/I	1	0	0	0	0	0	1
Total	22	35	12	36	8	7	120

Legenda: Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); Não Identificado (N/I).

De acordo com a Tabela 5, verificamos que o tipo de vínculo mais comum entre os enfermeiros da ESF é o contrato temporário, seguido dos celetistas e estatutários. Entretanto, quando analisamos os tipos de vínculos mais comuns por região, verificamos que há uma grande diversidade entre os mesmos.

Apesar do contrato temporário possuir benefícios para o empregador em relação à equipe e ao processo de trabalho, este tipo de modalidade gera um prejuízo que devemos considerar: a rotatividade. Medeiros et al. (2010) referem que a rotatividade gera ruptura, traduzindo-se em dificuldades de geração de vínculo com a comunidade, interrupção de programas de saúde e educação permanente.

Em diversos momentos de nossa pesquisa evidenciamos que esta descontinuidade reflete-se na presença dos profissionais nas atividades do Projeto. Através de contatos telefônicos, percebemos que, em alguns casos havia completo desconhecimento do Projeto devido à alta rotatividade dos trabalhadores.

Na região Metropolitana, assim como no Médio Paraíba e a região Serrana, o tipo contratual mais comum é a vinculação por CLT. Já nas regiões da baixada litorânea, no centro-sul, na costa verde e no noroeste fluminense, a contratação mais comum são os contratos temporários. A região do norte fluminense é a única a possuir profissionais estatutários como a maioria dos contratados.

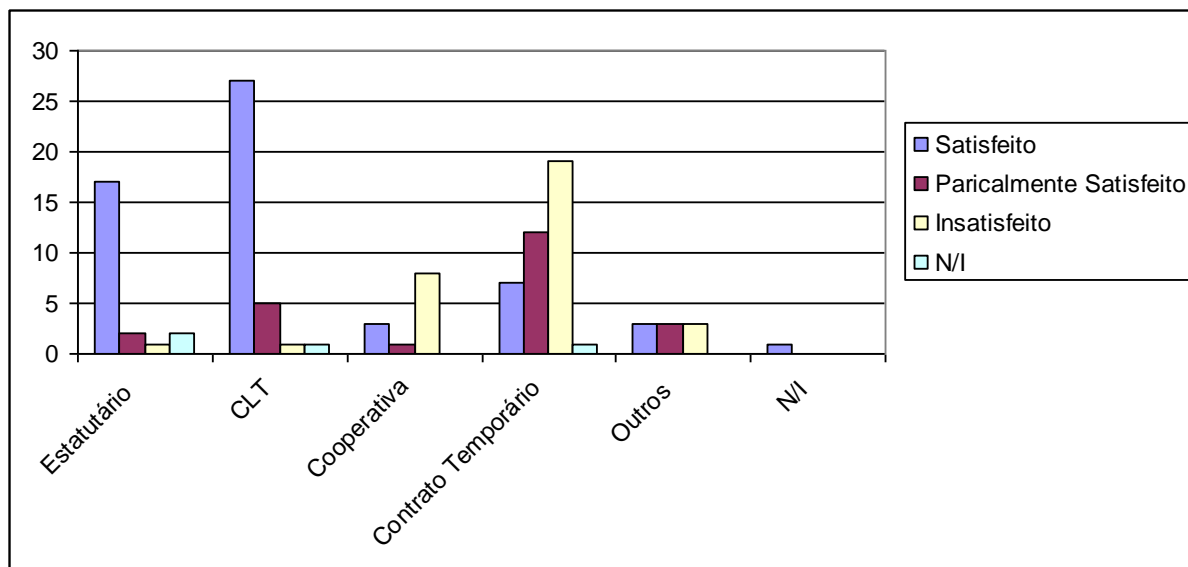


Gráfico 2 - Grau de satisfação do enfermeiro com o vínculo de trabalho - TSRJ, 2010
 Legenda: Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); Não Identificado (N/I).

De acordo com o Gráfico 2, podemos perceber o grau de satisfação profissional relacionado com o vínculo de trabalho. Verificamos que os profissionais estatutários e os celetistas possuem em sua maioria trabalhadores satisfeitos com o vínculo empregatício. O oposto ocorre com trabalhadores de cooperativas e contratados temporariamente, pois se verifica que a maioria dos trabalhadores encontra-se insatisfeitos com o vínculo.

O estudo de Campos e Malik (2008) sugere diversos fatores podem levar o profissional à insatisfação no trabalho, dentre eles está o vínculo empregatício. Além disso, este descontentamento pode gerar ou agravar a rotatividade da equipe.

3.1.3 Conhecimentos de informática e recursos de comunicação

A partir deste momento nossa análise de dados em relação ao formulário de linha de base entra no seu foco principal: os conhecimentos de informática e recursos de comunicação.

Kenski (2009) afirma que o acesso da população a inovações tecnológicas de comunicação e informação trouxeram alternativas à organização social, educacional e também profissional. Acreditamos que, quanto maior o saber tecnológico do

profissional, maior será também a sua adesão ao Projeto, tendo em vista a utilização da internet como sua ferramenta principal.

A primeira questão a ser analisada é o conhecimento da língua inglesa. Ele é hoje de extrema importância por esta ser considerada uma língua universal e sendo assim, é o idioma principal da maioria das bases de dados em saúde. Muitas vezes o profissional necessitará do domínio do inglês para realizar consultas virtuais e assim, ampliar seu conhecimento.

Em relação ao potencial de compreensão da língua inglesa, apenas 20% dos enfermeiros afirmaram compreender bem o idioma, 56% informaram que possuem apenas a compreensão parcial da língua e 24% afirmaram incompreensão total.

Tendo em vista que o Projeto Telessaúde Brasil possui, dentre outras atribuições, a educação permanente do profissional da atenção básica através da utilização de tecnologias à distância, é importante então, reconhecermos os principais métodos de capacitação do enfermeiro da ESF. Neste momento, os profissionais tiveram a oportunidade de explicitar os principais meios utilizados, tendo a vantagem de assinalar mais de uma opção quando assim necessário for. O Gráfico 3 mostra os métodos de capacitação mais adotados pelos profissionais.

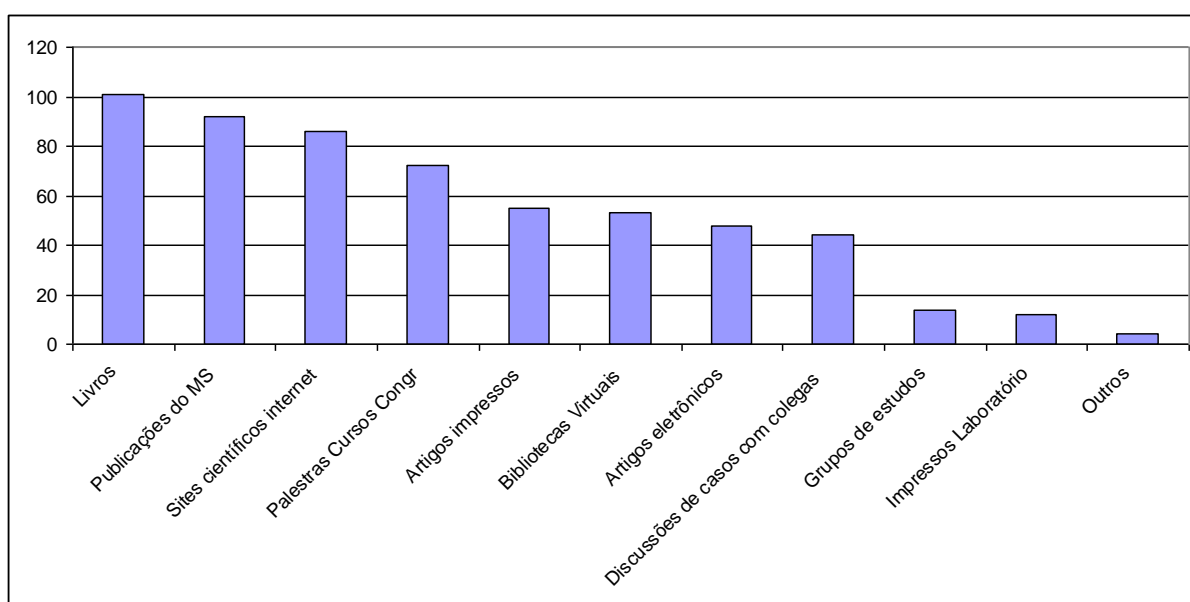


Gráfico 3 - Principais fontes de informação de enfermeiros - TSRJ, 2010

Através do Gráfico 3, percebemos que a principal fonte de conhecimento informado é o livro. Machado (1994) explica que a produção do livro é lenta demais para acompanhar a sociedade moderna, e isso culmina na busca por outros métodos de informação, sobretudo os virtuais. Já para Luz (2005), a desvalorização do livro é característica de um país com concepção atrasada de divulgação de conhecimentos, de modo que, em países da Europa, o livro encontra-se em um momento de revitalização como difusor de conhecimento.

As publicações do Ministério da Saúde também são frequentemente acessadas, tendo em vista a objetividade da linguagem e a aplicabilidade do conteúdo no cotidiano dos profissionais. Os sítios científicos da internet também são muito procurados, como dissemos nas páginas anteriores. O conhecimento produzido através da internet é muito utilizado por ser de fácil acesso aos que sabem utilizar as ferramentas de buscas virtuais.

Outra informação importante é o quantitativo de pessoas que informaram a participação em congressos e cursos como meio de capacitação, cerca de 60% dos sujeitos. Em relação a artigos eletrônicos e impressos, discussão de caso com colegas e bibliotecas virtuais, o número de usuários se manteve estável, porém quando abordamos os grupos de estudos, apenas 12% dos enfermeiros utilizam este recurso.

Visando a utilização de tecnologias pelo profissional, a próxima questão estudada é a utilização da internet para fins de capacitação. Como vimos anteriormente, diversos recursos virtuais são procurados para tal como por exemplo, publicações do Ministério da Saúde, artigos eletrônicos e sites científicos.

Tabela 6 - Frequência de acesso à internet para capacitação profissional - TSRJ, 2010

Faixa Etária	Frequência de capacitação						Total
	Diariamente	De 1 a 6 vezes por semana	Mais de 1 vez ao mês	Menos de 1x ao mês	Nunca	Não sei	
20-29 anos	20	18	3	0	0	0	41
30-39 anos	15	24	4	1	0	2	46
40-49 anos	3	14	3	1	1	0	22
50-59 anos	1	1	1	1	0	0	4
60 anos ou mais	1	2	0	1	0	1	5
N/I	2	0	0	0	0	0	2
Total	42	59	11	4	1	3	120

Legenda: Não Identificado (N/I).

Na tabela acima podemos observar que os profissionais mais jovens buscam capacitação profissional mais frequentemente. Na faixa etária de 20 a 29 anos, aproximadamente 50% dos profissionais buscam diariamente conhecimento técnico através da internet e 44% realizam a mesma tarefa pelo menos uma vez por semana. Entre profissionais de 30 a 49 anos, esta busca se torna mais freqüente, de uma a seis vezes na semana.

Segundo Nascimento e Trompieri Filho (2002), a internet tem diversas funções, sendo seu objetivo principal a exploração de informações. O correio eletrônico é uma das ferramentas mais populares da internet, utilizado para trocas de informações com o advento da comunicação. Apesar de ser indispensável para realização do cadastro no Projeto Telessaúde Brasil núcleo RJ, 6% dos enfermeiros afirmaram não possuir correio eletrônico. A freqüência de acessos à caixa de mensagens está exposta na Tabela 7.

Tabela 7 - Freqüência de acesso à internet para verificação de caixa de mensagens - TSRJ, 2010

Faixa Etária	Freqüência de acesso ao e-mail						Total
	Diariamente	De 1 a 6x semana	Mais de 1x ao mês	Menos de 1x ao mês	Não sei	N/I	
20-29 anos	16	24	1	0	0	0	41
30-39 anos	12	27	4	1	1	1	46
40-49 anos	10	6	2	3	0	1	22
50-59 anos	1	2	0	0	0	1	4
60 anos ou mais	1	2	0	1	0	1	5
N/I	2	0	0	0	0	0	2
Total	42	61	7	5	1	4	120

Legenda: Não Identificado (N/I).

De acordo com a tabela acima, em todas as faixas etárias os trabalhadores tendem a verificar suas caixas de mensagens ao menos 1 vez por semana, exceto a faixa etária de profissionais entre 40 e 49 anos, na qual verificamos que o acesso é em sua maioria realizado diariamente.

Comparando os dados das Tabelas 6 e 7, verificamos que, entre os enfermeiros mais jovens, o hábito de verificação do correio eletrônico é mais freqüente do que o acesso à internet para leitura com vistas ao aprendizado. O mesmo ocorre com profissionais entre 40 e 49 anos, em que a freqüência de

capacitação diária é de aproximadamente 14%, porém quando falamos da verificação diária de mensagens eletrônicas, o índice ultrapassa 45%. Tal fato nos remete a conclusão de que os profissionais acessam a internet diariamente, porém não para fins de capacitação.

Tabela 8 - Frequência de acesso à internet para capacitação profissional de acordo com a região do estado - TSRJ, 2010

Região	Frequência de Capacitação						Total
	Diariamente	De 1 a 6 vezes por semana	Mais de 1 vez ao mês	Menos de 1x ao mês	Nunca	Não sei	
Baixada Litorânea	12	9	1	0	0	0	22
Centro-sul	1	2	0	0	0	0	3
Costa Verde	1	4	1	0	0	0	6
Médio Paraíba	7	10	1	1	0	0	19
Metropolitana	12	19	3	3	0	3	40
Noroeste Fluminense	2	4	0	0	0	0	6
Norte Fluminense	0	3	1	0	0	0	4
Serrana	7	7	4	0	1	0	19
N/I	0	1	0	0	0	0	1
Total	42	59	11	4	1	3	120

Legenda: Não Identificado (N/I).

No que se refere à região de atuação, verificamos através da Tabela 8 que, entre os enfermeiros da área metropolitana, aproximadamente 48% realizam atividades de leitura de temas profissionais ao menos 1 vez por semana e 30% diariamente. O padrão de capacitação se repete nas regiões do Centro-Sul, Costa Verde, Médio Paraíba, Noroeste e Norte fluminense, onde os percentuais de trabalhadores que realizam capacitação pela internet pelo menos 1 vez na semana são, respectivamente, 67%, 67%, 53%, 67% e 75%. Na região da Baixada Litorânea, aproximadamente 55% dos profissionais acessam material técnico pela internet diariamente. Quanto à região serrana, o percentual de busca diária se assemelha ao da busca de pelo menos 1 vez semanal, 39%.

A constante procura por capacitação na região Metropolitana em detrimento das outras regiões pode ser explicada pela oferta de serviços de internet na região. Segundo a Empresa Brasil de Comunicação (2008), o Rio de Janeiro possui hoje um

dos maiores percentuais de usuários do país, cerca de 41% e a capital vem sendo bombardeada por ofertas de serviços gratuitos de internet. Locais como o centro do Rio de Janeiro, a orla e algumas favelas da cidade, já possuem serviço de banda larga sem custo a todos os moradores, situação oposta a outras regiões do estado em que, apenas a internet discada é disponível e mesmo assim com custo bastante elevado.

O Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro, tenta minimizar as diferenças de ofertas de cursos de educação permanente, porém para algumas regiões que possuem dificuldades no acesso à internet, torna-se árdua também sua inserção no Projeto.

O uso de páginas da internet como o DATASUS, o sítio do Ministério da Saúde e as bibliotecas virtuais em saúde também foram analisados em nossa pesquisa.

A educação permanente realizada através da modalidade a distância é de suma importância para os profissionais da ESF. Um dos principais meios de realização deste tipo de aprendizado é através da rede de comunicação gerada por meio da internet (BRASIL, 2000).

Nesta perspectiva, uma questão levantada através do formulário de linha de base é o acesso dos trabalhadores ao banco de dados do SUS, conhecido também como DATASUS. Este banco de dados tem como um dos objetivos a divulgação de informações de saúde da população brasileira, assegurando o acesso a pesquisas, o que gera grande socialização de resultados e também de intervenções para melhoria dos indicadores (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010d).

Outro sítio importante para os trabalhadores é a página do Ministério da Saúde. Através desse portal, os profissionais têm acesso a publicações, estatísticas e informações sobre programas e campanhas.

A respeito da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), podemos afirmar que este banco de dados possui um rico acervo em artigos científicos e informes. Além disso, é de fácil acesso e permite que o profissional busque assuntos diretamente ligados à sua necessidade.

Tabela 9 - Acesso às bases de dados do DATASUS, MS e BVS - TSRJ, 2010

BVS	Acesso ao Datasus e MS		
	sim	não	não sei / não lembro
Sim	80	2	2
Não	27	7	2

De acordo com a tabela acima, verificamos que a maioria dos profissionais acessam às páginas do DATASUS, do Ministério da Saúde (MS) e da BVS. Cerca de 34% dos profissionais que acessam as páginas do Ministério e do DATASUS, não acessam a página da BVS.

Outra fonte de dados importante é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que foi desenvolvido para atuar como um sistema gerencial dos sistemas locais de saúde. Através deste instrumento podemos obter informações sobre condições de moradia, saneamento, composição das equipes de saúde e também situação de saúde (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010e).

É válido lembrar que o SIAB é alimentado pelos registros das equipes de saúde; para tanto, é importante a atualização periódica dos dados. Além disso, a unidade de saúde necessita ter o programa instalado para que haja a manutenção das informações estatísticas.

No próximo passo de nossa pesquisa, verificamos se os computadores das unidades nas quais os profissionais atuavam, tinham o SIAB instalado. O resultado encontrado foi divergente com o esperado. Mais de 70% afirmaram que a unidade não possuía o programa instalado, 4% não souberam responder e em apenas 24% das unidades, havia acesso ao SIAB.

O estudo de Freitas e Pinto (2005) revela que os profissionais estudados admitem a importância deste programa, porém as dificuldades no manuseio, a alta rotatividade da equipe e as falhas no processo de educação permanente contribuem para o afastamento do trabalhador em relação ao SIAB.

3.2 Segunda opinião formativa

A análise dos dados obtidos através dos registros de segunda opinião formativa tem por objetivo avaliar as principais demandas de dúvidas dos enfermeiros cadastrados, além de verificar o grau de satisfação dos sujeitos com o serviço prestado. É interessante lembrar que ao final da coleta de dados, havíamos registrado 99 pedidos de segunda opinião formativa.

O total de pedidos de segunda opinião formativa atendidos pela equipe de enfermagem segundo meses do ano está descrito na Tabela 10.

Tabela 10 - Pedidos de segunda opinião formativa conforme meses do ano - TSRJ, 2010

	Jan	Fev	Mar	Abri	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2009	0	0	0	0	11	14	20	9	20	10	2	0	86
2010	1	1	3	2	3	3	-	-	-	-	-	-	13

Fonte: BRASIL, c2008.

A análise dos dados acima aponta algumas modificações quanto ao padrão de pedidos de segunda opinião formativa, com aumento e concentração em alguns meses, em especial junho, julho setembro e outubro de 2009. Atribuímos como precursor deste fato, as oficinas presenciais realizadas em núcleos regionais.

As oficinas presenciais contaram com a participação de profissionais do Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro e também de trabalhadores da atenção básica. Devemos lembrar que essas atividades ocorreram apenas em algumas áreas do Estado. Foram realizadas 4 oficinas, nas regiões do Médio Paraíba, Serrana, Baixada Litorânea e também na região Metropolitana.

Os dados confirmam que a partir do momento que o profissional de saúde tem contato direto com o teleconsultor do Projeto por meio de oficinas, a comunicação virtual posterior entre os mesmos ocorre de modo facilitado. A proposta da equipe em incentivar o uso do serviço de segunda opinião formativa é sem dúvida, atendida em todas as oficinas presenciais. Mas, segundo nossos

registros, muitos profissionais tendem a somente realizar o pedido de segunda opinião formativa nas oficinas presenciais, de modo que o serviço se torna subutilizado.

Para ilustrarmos este fato, podemos citar a primeira atividade presencial ocorrida na região do Médio Paraíba em maio do ano de 2009. Neste mesmo mês, foram registrados na base de dados do Projeto Telessaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro, 11 teleconsultorias, correspondentes a todo o quantitativo do mesmo mês, porém nos meses seguintes, foram registrados apenas 4 pedidos de segunda opinião formativa. O percentual total do serviço de segunda opinião formativa na região do Médio Paraíba, é observado no Gráfico 4.

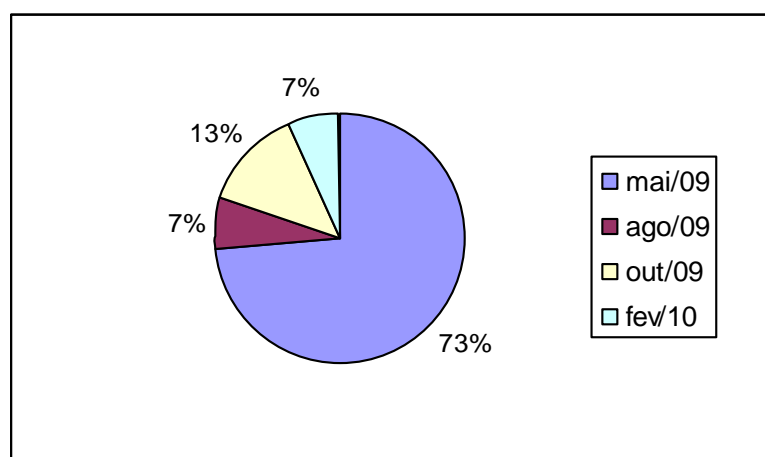


Gráfico 4 - Percentual de pedidos de segunda opinião formativa efetuados pela região do Médio Paraíba - TSRJ, 2010

O mesmo ocorreu na região Serrana no mês seguinte. Em junho de 2009, foram registrados 11 pedidos de segunda opinião formativa logo após a atividade presencial realizada na região. Assim como na região do Médio Paraíba, o número de pedidos deste serviço decaiu de modo que apenas em julho foram registrados novos pedidos da atividade.

Outra região contemplada com a realização de atividades presenciais foi a Baixada Litorânea. Aqui observamos que os pedidos de segunda opinião formativa continuaram nos meses seguintes, porém com uma demanda muito inferior.

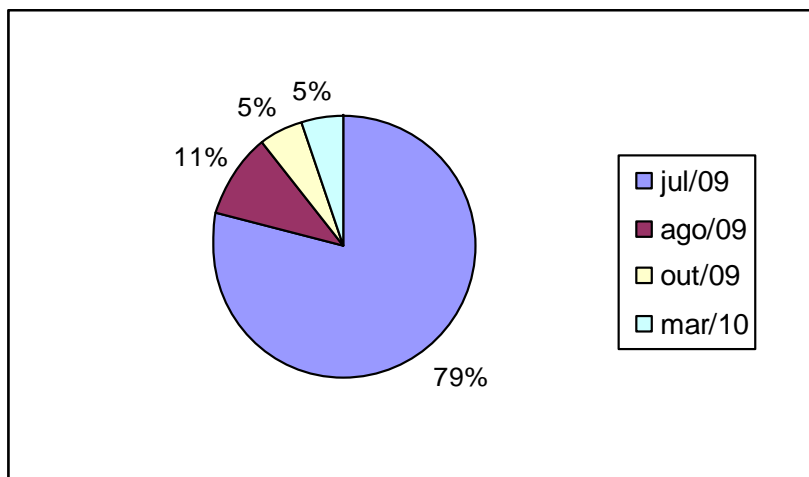


Gráfico 5 - Percentual de pedidos de segunda opinião formativa efetuados pela região da Baixada Litorânea - TSRJ, 2010

No mês de setembro de 2009, a equipe de enfermagem do Projeto Telessaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro realizou uma nova atividade presencial, desta vez contando com a participação dos profissionais da região Metropolitana. Ao contrário do que acontecia em outras regiões do estado, a área citada já havia realizado pedidos de segunda opinião formativa antes da atividade presencial. Após esta, os pedidos decaíram, porém continuaram a surgir nos meses seguintes. Além disso, a região metropolitana é a mais expressiva neste tipo de atividade no ano de 2010, sendo responsável por mais de 50% das solicitações deste serviço no presente ano.

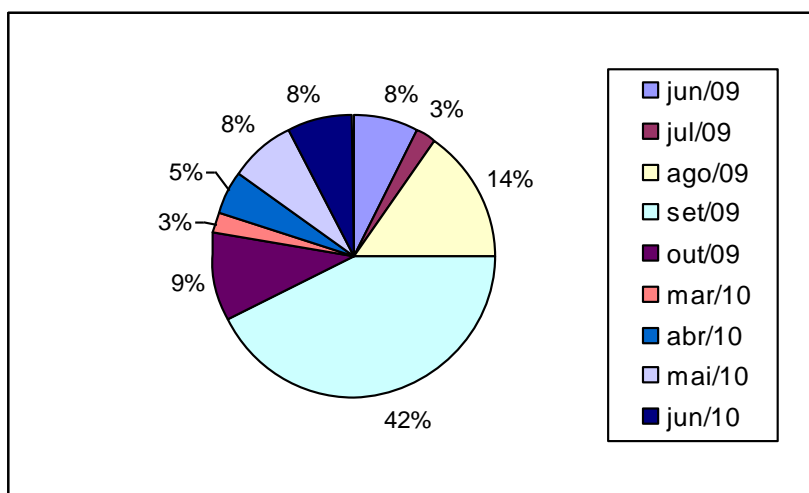


Gráfico 6 - Percentual de pedidos de segunda opinião formativa efetuados pela região Metropolitana - TSRJ, 2010

As demais regiões do estado do Rio de Janeiro não realizaram atividades presenciais até o momento, e acreditamos ser este o motivo de não verificarmos oscilações relevantes referentes aos pedidos de segunda opinião formativa para nossa análise.

Uma das principais hipóteses para o aumento da demanda em regiões que sediaram oficinas presenciais é o fortalecimento do vínculo entre profissionais da ESF e teleconsultores do telessaúde. Esse vínculo não pode ser caracterizado apenas como um contato visual e sim, pela escuta dos profissionais em encontros presenciais. Belloni (2009) afirma que o papel desempenhado pelo professor em EAD é de ser orientador dos estudos, porém este deverá fornecer também, apoio psicossocial.

Para Kenski (2008), o professor em EAD amplia sua área de atuação, porém não o isenta da interação professor-aluno. O docente deve procurar maneiras criativas para o estabelecimento do vínculo com o aluno, ciente de que sua ação profissional não pode ser substituída pela tecnologia.

Como dito anteriormente, os pedidos de segunda opinião formativa são classificados quanto ao tipo de dúvida; para tanto, o próximo passo de nossa análise é evidenciar qual o tipo de dúvida mais recorrente entre os profissionais. A distribuição proporcional das dúvidas dos profissionais é evidenciada no Gráfico 7.

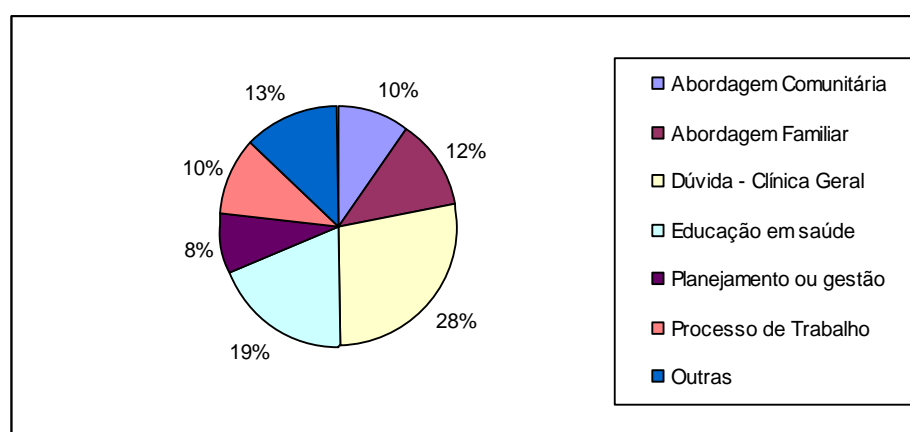


Gráfico 7 - Percentual de pedidos de segunda opinião formativa classificados por temáticas específicas - TSRJ, 2010

Fonte: BRASIL, c2008.

Cabem ao enfermeiro da unidade básica de saúde, ações como a supervisão, treinamento e gerenciamento da equipe. Além disso, este profissional é responsável pela capacitação de outros membros da equipe, através da ampliação de competências individuais e coletivas (BENITO; BECKER, 2007).

De acordo com a análise das temáticas específicas, verificamos que mesmo com todas as atribuições pertinentes ao enfermeiro atuante na ESF, as dúvidas em clínica geral ainda são as mais constantes no cotidiano deste profissional. Para análise quanto aos possíveis determinantes deste fato, podemos levantar três hipóteses. A primeira é que esta busca por temas clínicos condiz com a realidade do cotidiano das práticas deste trabalhador. Na grande maioria das unidades de Atenção Básica, há uma alta demanda de conhecimento técnico no que se refere a procedimentos oriundos da prática da enfermagem, tais como curativos, pré-natal, acompanhamento aos doentes crônicos, dentre outras.

A segunda hipótese da análise do alto percentual de dúvidas em clínica geral situa-se em torno da herança do modelo biomédico de saúde, ainda presente no cotidiano das práticas. Segundo Barros (2002), o modelo biomédico é atualmente predominante e tem como característica a observação objetiva da doença, excluindo aspectos subjetivos que acompanham qualquer enfermidade. Além disso, segundo o mesmo autor, esse modelo leva o profissional à incapacidade de visualizar o paciente como um todo, sobressaindo apenas a parte doente do ser.

A terceira hipótese levantada tem origem na não adesão dos profissionais em outra categoria de dúvida, chamada caso clínico, que foi criada originalmente para troca de informações de um paciente específico. Contudo foi observado que os enfermeiros não utilizam este recurso devido os requisitos éticos como: dados e autorização dos pacientes. A não utilização deste tipo de dúvida permitiu o aumento de outra categoria: as dúvidas em clínica geral, onde o enfermeiro expõe apenas o quadro de saúde do paciente. Vale ressaltar que, desta maneira, o profissional consegue trocar informações com o teleconsultor, mas fica restrito a utilização de imagens do paciente como fotos de úlceras, por exemplo.

Conforme afirmam Melo, Santos e Trezza (2005), o profissional da ESF acaba por se envolver com tarefas mais objetivas como o atendimento, a consulta e os procedimentos práticos, devido ao desânimo em desenvolver atividades que envolvam um caráter mais subjetivo, ou que necessitem de terceiros para tal.

Ainda na análise das demandas do serviço de segunda opinião formativa, verificamos um alto índice da demanda de educação em saúde. Este alto percentual é facilmente explicado quando observamos uma das principais atribuições do enfermeiro junto à sua equipe multidisciplinar: ele é responsável pela educação permanente da sua equipe, em especial os técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (VILLAS BOAS; ARAUJO; TIMÓTEO, 2008).

Além de representar uma parte do processo de trabalho do enfermeiro atuante na ESF, a educação da equipe, assim como a educação em saúde, se faz uma importante ação para a promoção de saúde (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

Apesar da educação em saúde ser uma atribuição do enfermeiro da unidade básica de saúde, muitos ainda possuem dúvidas de como colocar esta ação em prática. A mobilização da equipe e a utilização de recursos para a prática da educação permanente compõem as principais demandas de dúvidas dentro da categoria.

Quanto a demandas de abordagens comunitária e familiar, verificamos que apesar do baixo índice de dúvidas, elas correspondem principalmente a dificuldades em relação a estabelecimento de vínculos com a comunidade e também em relação a membros de um determinado lar. A exemplo deste tipo de demanda, recebemos muitas questões em relação à abordagem de famílias com problemas do tipo alcoolismo, doenças infecciosas e gestação precoce.

Todos os profissionais atuantes na estratégia de saúde da família devem conhecer a realidade das casas onde atuam, além de junto aos membros da comunidade desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 1997; OLIVEIRA; MARCON, 2007). Para tanto o enfermeiro deve estar apto a desenvolver diálogo com a comunidade e também as famílias assistidas.

Quando falamos de processo de trabalho na ESF, devemos lembrar que o modelo rompe com o sistema tradicional de cuidar em saúde. Podemos citar como parte integrante do processo de trabalho na ESF: o atendimento domiciliar, discussão de casos, reuniões de planejamento e também reuniões com a comunidade. O profissional também deve incorporar ao processo de trabalho, o estabelecimento de vínculos com a comunidade e com as famílias assistidas. Este fato enfatiza a necessidade de técnicas de abordagem eficientes e também ao novo perfil profissional de atuação em saúde (CRUZ, 2005).

As dúvidas relacionadas ao processo de trabalho são sempre ligadas a aspectos práticos do cotidiano do profissional em relação a tarefas burocráticas, assim como a demanda de questões relacionadas ao planejamento e gestão. Para exemplificar este tipo de demanda, podemos citar as dúvidas em relação à progressão do processo de trabalho de enfermagem na ESF, além do planejamento de reuniões com a equipe.

Os valores reais da segunda opinião formativa divididos por regiões e tipo de dúvida, estão expostos na Tabela 11.

Tabela 11 - Quantitativo de pedidos de segunda opinião formativa de acordo com as temáticas e regiões do Estado - TSRJ, 2010

Região/ demandas	Centro- sul	Litorânea	Médio- Paraíba	Metropolitana	Noroeste	Norte	Serrana	Total
Abordagem comunitária	0	1	1	5	1	0	1	10
Abordagem familiar	0	2	1	4	2	0	3	12
Clínica geral	0	6	5	7	2	0	7	27
Educação em saúde	0	2	5	11	0	0	1	19
Planejamento ou gestão	0	4	2	2	0	0	0	8
Processo de trabalho	0	2	1	4	1	1	0	9
Outras	0	3	0	7	2	0	2	14
Total	1	20	15	40	8	1	14	99

Fonte: BRASIL, c2008.

É interessante analisarmos que, apesar da relação da demanda de segunda opinião formativa e as atividades presenciais, notamos uma grande heterogeneidade em relação às regiões político-administrativas do Estado do Rio de Janeiro.

Podemos notar ainda que, em relação às demandas dos enfermeiros, há uma grande diferença já evidenciada por Dejourns (2004) entre o trabalho prescrito e o real. O trabalho prescrito do enfermeiro seriam suas atribuições já expostas nesta pesquisa e, o trabalho real é justamente as atividades realizadas pelos mesmos sujeitos.

Para exemplificarmos, podemos lembrar uma das principais atividades realizadas pelos enfermeiros na atenção básica de saúde: a visita domiciliar. Em

nossa pesquisa, não foi registrada nenhuma segunda opinião formativa que abordasse o tema, o que nos sugere que há uma grande distância entre o trabalho prescrito do enfermeiro e seu trabalho real.

3.2.1 Avaliação do serviço de segunda opinião formativa pelo usuário

Uma grande preocupação da equipe do Projeto Telessaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro é a verificação do atendimento prestado pelo Projeto aos profissionais da atenção básica. Segundo Bentes (2009), a avaliação do serviço e também do professor é um processo que permite a análise de informações que identificarão se o objetivo foi alcançado.

Para tanto, o serviço de segunda opinião formativa possui um questionário de avaliação (ANEXO C) em que o profissional atendido poderá classificar a resposta do teleconsultor, além de informar se aquele conhecimento adquirido foi válido para sua conduta na situação descrita na teleconsultoria.

É importante salientar que o profissional que faz uso da segunda opinião formativa, apenas poderá realizar uma nova consulta quando já tiver respondido o questionário de avaliação. Este critério estimula os profissionais a responderem o questionário, do contrário apenas usufruirão de um único acesso. Mesmo com esta condição, apenas 33% dos profissionais que emitiram pedidos de segunda opinião formativa responderam ao questionário de avaliação.

Ainda analisando o questionário, verificamos o grau de satisfação do usuário com o serviço de segunda opinião formativa. As respostas variaram em três idéias principais. Aproximadamente 67% dos profissionais consideraram o serviço ótimo, 24% classificaram o serviço como bom e apenas 3% consideraram-no regular. Considerando os dados descritos, podemos confirmar que mais de $\frac{2}{3}$ dos profissionais assistidos pelo Projeto, encontram-se plenamente satisfeitos com as respostas dos teleconsultores.

Outro ponto de análise do questionário de avaliação é em relação a resposta do teleconsultor à pergunta enviada pelo profissional. Muitas vezes o profissional não é plenamente específico em relação ao seu questionamento, o que leva a uma maior abrangência do assunto pelo teleconsultor, resultando em baixa objetividade

das respostas. Nesse sentido, 73% dos profissionais afirmam que as suas dúvidas foram inteiramente sanadas, 18% afirmam que seu questionamento foi respondido parcialmente e apenas 3% disseram que não conseguiram adquirir conhecimento através da resposta do teleconsultor.

Para enfatizarmos a necessidade do serviço de segunda opinião formativa, podemos citar um dado extremamente relevante. Aproximadamente 73% dos profissionais mudaram sua conduta após o serviço, 24% alegaram não mudar a conduta e 3% ainda não sabiam se adeririam ao novo conhecimento obtido através da teleconsultoria.

Em relação à relevância pontual da segunda opinião formativa, 94% dos profissionais afirmaram que os pontos abordados pelo teleconsultor ajudaram a conduzir o caso no qual eles haviam se referido na teleconsultoria. Um percentual tão expressivo já era previsto, tendo em vista os demais pontos positivos verificados em outras partes do questionário.

Um dos principais objetivos da segunda opinião formativa é a resolução de problemas através da inserção de novos conhecimentos no cotidiano do profissional da atenção básica. Um dos principais parâmetros para verificarmos a relevância deste serviço é exatamente o número de encaminhamentos evitados. Cerca de 40% dos profissionais afirmaram que, através da segunda opinião formativa, conseguiram evitar encaminhamentos anteriormente necessários. Os motivos pelos quais 60% dos profissionais referiram não evitar encaminhamentos, estão descritos no Gráfico 8.

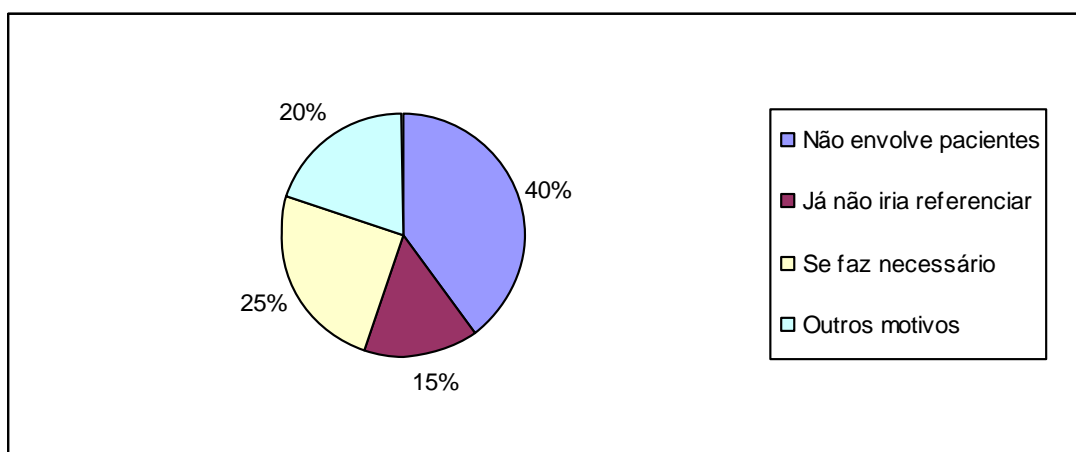


Gráfico 8 - Motivos pelos quais os profissionais referiram não serem capazes de evitar o encaminhamento de pacientes - TSRJ, 2010

Diante de uma última análise do serviço de segunda opinião formativa, verificamos que 100% dos profissionais atendidos gostariam que o serviço fosse mantido e recomendariam para um colega, afirmando assim a importância desta atividade.

3.3 Teleconferências

As teleconferências são uma das atividades mais importantes realizadas no Projeto Telessaúde Brasil. São sempre realizadas por categorias profissionais específicas, porém não são vetadas as participações de outros trabalhadores. As temáticas são previamente definidas, sendo exposto a cada mês o calendário com todos os tópicos a serem abordados.

Esse tipo de atividade teve início no Projeto em abril de 2009, porém a periodicidade era ainda flutuante, passando a ser semanal apenas no mês de junho do mesmo ano.

A lista completa das teleconferências realizadas durante o período estudado está exposta no Quadro 1.

	Mês	Temas	Datas
1	Abril	O ACS na atenção básica de saúde	13/04/2009
2		O pré-natal na atenção básica – parte I	14/04/2009
3		O pré-natal na atenção básica – parte II	28/04/2009
4	Maio	Doenças emergentes e reemergentes: o que sabemos?	18/05/2009
5	Junho	Tuberculose	01/06/2009
6		Leptospirose	08/06/2009
7		Tétano	15/06/2009
8		HIV	22/06/2009
9		Raiva	29/06/2009
10	Julho	Animais Peçonhentos	06/07/2009
11		Segurança Medicamentosa – Parte I	13/07/2009
12		Segurança Medicamentosa – Parte I	20/07/2009
13		A comunidade sabe o que é PSF?	27/07/2009
14	Agosto	H1N1	03/08/2009
15		Violência Doméstica	10/08/2009
16		Cuidados com Feridas na Comunidade – Parte I	18/08/2009
17		Emergências Psiquiátricas	24/08/2009
18		Cuidados com Feridas na Comunidade – Parte II	31/08/2009
19	Setembro	H1N1 - parte II	14/09/2009
20		O que devemos saber sobre o álcool?	21/09/2009
21		Pré-natal em clientes adolescentes	28/09/2009
22	Outubro	Doenças emergentes	05/10/2009
23		Desafios no cuidado a portadores de feridas na Atenção Básica	19/10/2009
24	Novembro	Adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes	09/11/2009
25		Política Nacional de Humanização	16/11/2009
26		A motivação no trabalho em equipe	23/11/2009
27		Cuidados com pessoas com Mal de Alzheimer	30/11/2009
28	Dezembro	Doenças infecciosas prevalentes no verão	07/12/2009
29		Tele-enfermagem UERJ: avaliando os passos e planejando 2010	14/12/2009
30	Janeiro	A unidade básica de saúde e as amigdalites na infância	11/01/2010
31		Enfisema pulmonar: considerações de enfermagem	18/01/2010
32		Transtornos depressivos na ESF: como a enfermagem deve proceder?	25/01/2010
33	Fevereiro	Mudanças climáticas x Doenças infecciosas	01/02/2010
34		Caramujos Africanos, turistas que vieram para ficar	08/02/2010
35		O enfermeiro da ESF e usuário de drogas: Abordagem, tratamento e qualidade de vida - Parte I	22/02/2010
36	Março	O enfermeiro da ESF e o usuário de drogas: Abordagem, tratamento e qualidade de vida - parte II	01/03/2010
37		Dengue na comunidade: cuidados de enfermagem e competências dos ACS	08/03/2010
38		A detecção e tratamento das principais DST's na unidade básica de saúde	15/03/2010
39		Atualização sobre esterilização de equipamentos na Atenção Básica	22/03/2010
40		Apoio à amamentação na Atenção Básica - enfoques e estratégias	29/03/2010

Quadro 1 - Temáticas abordadas em teleconferências realizadas pela equipe de enfermagem

As temáticas das teleconferências podem ser definidas por três modos principais. O primeiro está de acordo com as demandas preenchidas pelos profissionais no Formulário de Linha de Base. Através deste instrumento, torna-se possível a identificação das principais áreas que serão contempladas com as tarefas de educação permanente.

O segundo modo de escolha é a aproximação via teleconferência, de modo que os participantes possam sugerir temas para atividades futuras. Este modo tem-se mostrado extremamente eficaz, pois se torna um compromisso do educador em trazer o tema para a atividade e também do profissional em participar de temáticas de seu interesse.

O terceiro método é a escolha das temáticas de acordo com a afinidade do educador com o tema. A equipe de enfermagem do Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro além de realizar as teleconferências, também busca parceiros para atuarem nessa atividade, adaptando muitas vezes o tema à área de atuação do convidado.

A análise desta atividade terá início a partir da discussão do Gráfico 9, que traz a quantidade de participantes e pontos que estiveram conectados a cada mês durante o período avaliado.

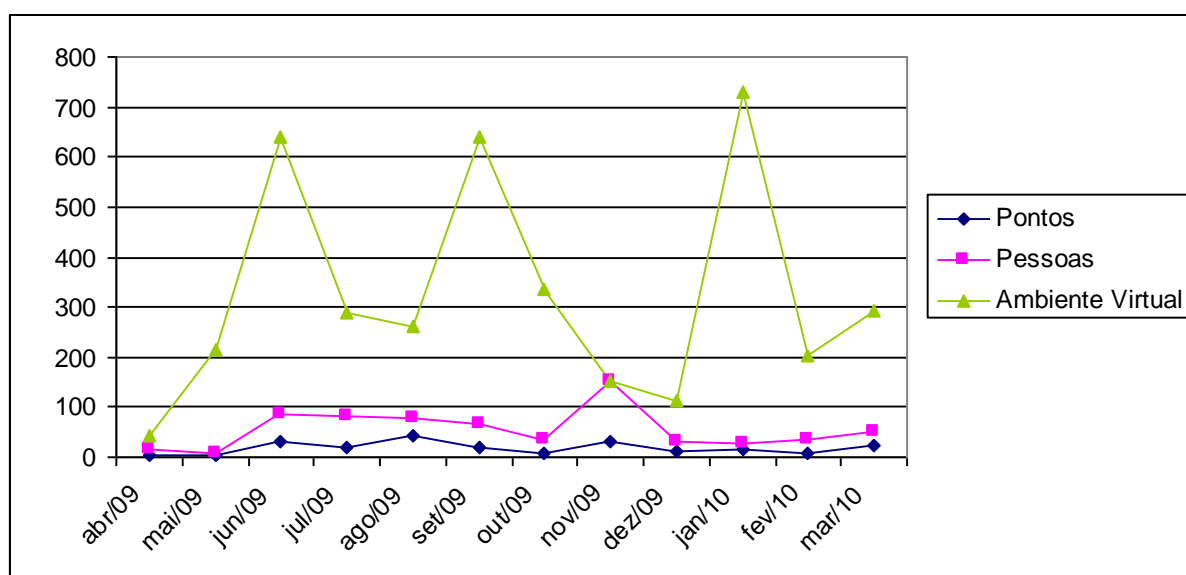


Gráfico 9 - Participação em atividades de teleconferência de enfermagem de acordo com os meses dos anos - TSRJ, 2010

A frequência de participação em teleconferências atingiu 215 pontos de acesso e 669 trabalhadores conectados em tempo real na realização da atividade e, 3913 expectadores no ambiente virtual de aprendizagem.

Vale lembrar que os pontos descritos acima correspondem ao número de computadores que estavam ligados à teleconferência no momento em que a mesma ocorreu. Podemos verificar que nos meses de abril e maio, o envolvimento dos participantes ainda era discreto, elevando-se a partir do mês de junho e mantendo esse padrão até o mês de setembro. Em outubro, as participações tiveram uma queda acentuada, recuperando-se em novembro. No mês de dezembro houve uma grande diminuição do número de participantes, mantendo-se desta forma até o mês de fevereiro. Em março, último mês da coleta de dados, inicia-se uma ligeira elevação no número de participantes.

Quando tratamos da média de participantes mensais, obtivemos o índice de 56 pessoas. Apesar de não haver um número considerado ideal para tal questão, Gundim e Maranhão (2005) estabeleceram como parâmetro mínimo de participantes mensais em seu curso sobre enfermagem oncológica, 50 participantes. Se estabelecermos o mesmo parâmetro para a frequência de participantes na atividade de teleconferência, podemos dizer que atingimos o objetivo mínimo, porém ainda podemos ampliar as participações.

É relevante frisarmos o alto índice de profissionais que acessam as teleconferências através do ambiente virtual de aprendizagem. Esse padrão nos permite traçar duas hipóteses: a primeira diz respeito a importância do conhecimento adquirido neste tipo de atividade, o que leva ao profissional a rever aulas que julgam essenciais para sua atividade profissional. A segunda diz respeito à impossibilidade do enfermeiro em participar da atividade em tempo real, seja por alta demanda de trabalho ou pela não liberação do gestor.

Por ser uma atividade síncrona, o profissional da atenção básica pode utilizar a atividade para sanar dúvidas pessoais sobre o tema.

Em relação às perguntas realizadas durante o período de teleconferência, foram registradas 56 dúvidas. As mesmas foram distribuídas da seguinte forma: 9 em junho, 2 em julho, 15 em agosto, 1 em setembro, 1 em outubro e 5 em novembro. No ano de 2010, existiram 9 questionamentos em janeiro, 5 em fevereiro e 11 em março. Evidencia-se, desta forma, que não é o número de participantes que determina maior envolvimento, em termos de interação, durante a teleconferência, e

que esta interação parece estar antes, relacionada à temática e à mobilização que esta produz nos participantes.

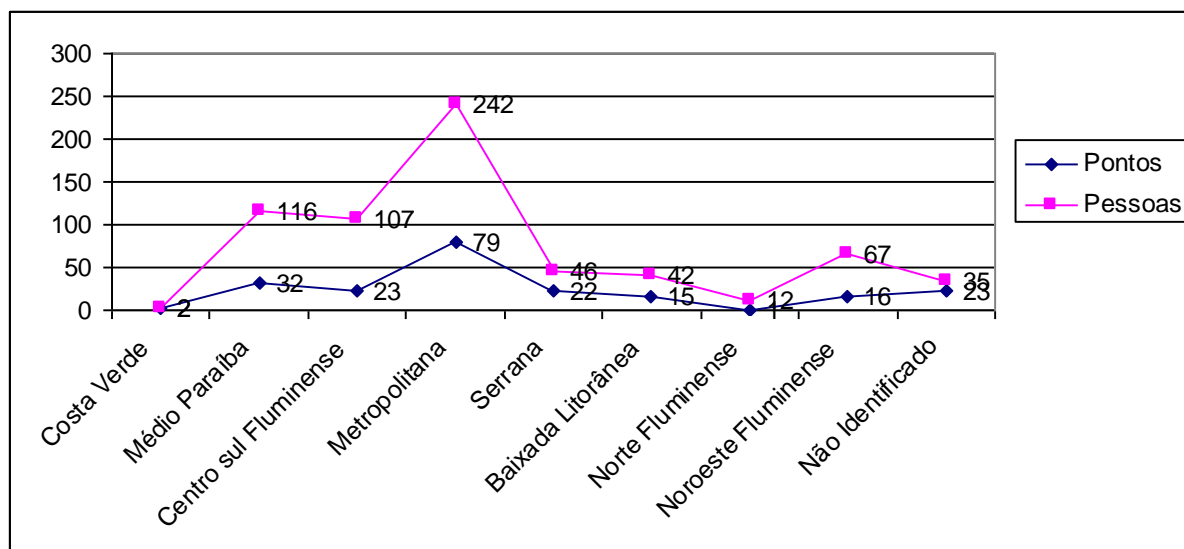


Gráfico 10 - Participação em atividades de teleconferência de enfermagem de acordo com as regiões do estado - TSRJ, 2010

A frequência de participação por região do estado nos mostra que, assim como na atividade de segunda opinião formativa, a região Metropolitana concentra o maior número de profissionais que assistem as teleconferências.

Como já exposto anteriormente, a facilidade de acesso à internet na região Metropolitana é imensamente superior às demais áreas do estado. Além disso, a atividade de teleconferência requer que os participantes estejam conectados ao sistema através de uma conexão rápida, como a chamada banda larga.

Segundo Lima et al. (2007), a diferença entre velocidades de conexão é um fato limitador para a realização da atividade. Uma hipótese para o baixo número de participantes de outras regiões do estado é exatamente a ausência da velocidade de banda ideal. Ao passo que na região Metropolitana esse acesso é facilitado e muitas vezes gratuito.

Outra consideração importante em relação a frequência de participação em atividades de teleconferência é a aproximação do número de pontos e participantes que ocorre em algumas regiões do estado. Este comportamento sugere que não há interação da equipe com relação a participação na atividade. Quanto maior o

número de participantes conectados por ponto, maior também o número de equipes que se reúnem para participarem juntos da mesma atividade. Na região Serrana, por exemplo, verificamos que a média foi inferior a 3 trabalhadores por ponto.

Como dito anteriormente, apesar da atividade ser voltada aos profissionais da enfermagem, a participação de todo e qualquer profissional não é restrita, inclusive para trabalhadores que não são da área da saúde.

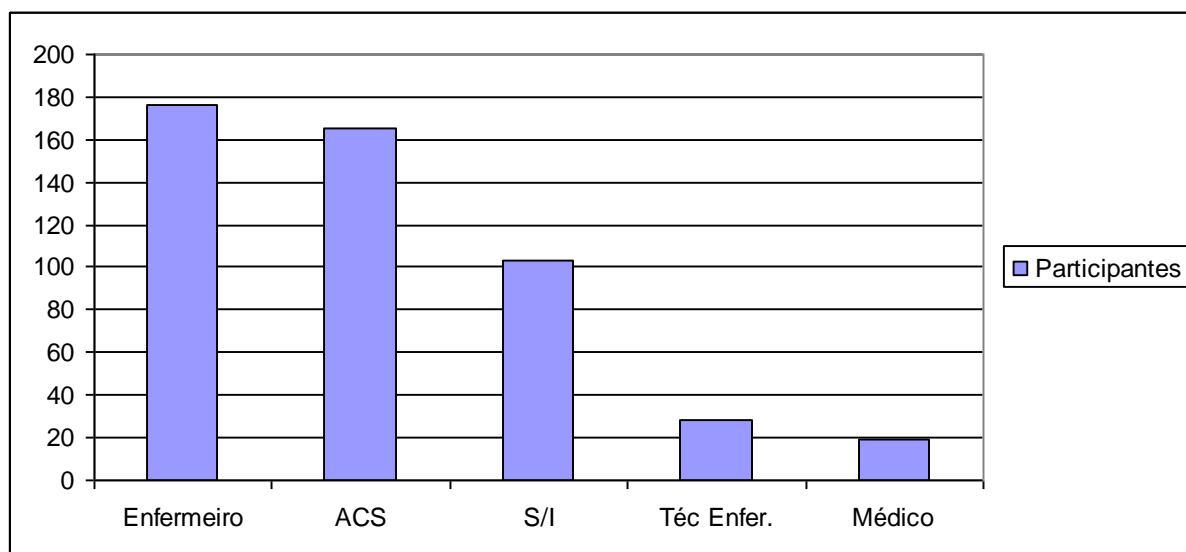


Gráfico 11 - Principais categorias de participantes em atividades de teleconferências de enfermagem - TSRJ, 2010

De acordo com a análise do gráfico acima, temos a proporção dos reais participantes da teleconferência de enfermagem. Apesar da classe profissional mais freqüente ser a de enfermeiros, a diferença entre a participação dos agentes comunitários de saúde órbita em menos de 10 participantes.

Segundo a pesquisa de Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), os agentes comunitários de saúde (ACS) sofrem com a superficialidade do programa de capacitação voltado para a classe de maneira que, a falta de enfoque em problemas de seu cotidiano e o excesso de informação em um curto período de tempo contribuem para a má formação desse trabalhador. Tomaz (2002) acrescenta que o processo de capacitação do ACS é fragmentado e insuficiente para o desenvolvimento de suas habilidades.

É importante salientar que, a frequência em teleconferências é realizada a partir do preenchimento de uma lista de presença. Os participantes que se encontram nestas atividades, porém, não preenchem este instrumento, não podem ser classificados quanto a categoria profissional, o que culmina na padronização de profissão não informada.

4 CONCLUSÃO

A educação permanente das equipes de saúde é necessária para a qualidade de atendimento e também para mudanças nas práticas profissionais. Aliar-se à educação a distância torna-se uma forma viável de manter um programa de capacitação constante dos profissionais.

A inserção da educação a distância possibilitou a superação de barreiras geográficas e temporais, permitindo que assim o profissional consiga buscar conhecimento, evitando deslocamentos, e possa escolher o horário que melhor lhe convém, desenvolvendo a autogestão da aprendizagem.

O perfil sócio-demográfico dos trabalhadores analisados nesta pesquisa revela um profissional jovem. Podemos atribuir esta característica como um elemento facilitador à aquisição prévia de habilidades no uso de recursos tecnológicos como a informática. Acredita-se que, o domínio da linguagem digital funciona como catalisador para a busca virtual.

Em contrapartida, a realização de buscas virtuais culmina muitas vezes em resultados superficiais, o que conseqüentemente pode tornar o processo educativo pouco consistente.

Verificou-se evidente ligação do uso de ferramentas de comunicação à busca de conhecimento. A incorporação destas ferramentas é visualizada inclusive à parte do cotidiano do trabalhador, seja por meio de utilização de correio eletrônico, acesso a páginas de internet e até mesmo utilização de programas para envios de mensagens instantâneas.

Apesar destas visíveis associações, a presente pesquisa limitou-se a analisar apenas o acesso e a freqüência de busca por conhecimento. Dados relevantes como a oferta de conteúdos, facilitação de acesso e a apropriação do aprendizado não foram estudados, persistindo, assim, a necessidade de levantamentos futuros para verificação de tais informações.

Apesar da existência de fatores propulsores para a adesão do profissional em programas de educação permanente a distância, identificou-se uma forte relação entre o vínculo de trabalho e a descontinuidade de processos educativos.

A oferta de vínculos temporários contribui ao processo de precarização, que conseqüentemente gera alto índice de insatisfação. Este último eleva ainda mais a

rotatividade da equipe; se por um lado o profissional sofreria o desligamento de suas atividades em dado momento de tempo, por outro, o descontentamento pode adiantar ainda mais esse processo.

As dificuldades inerentes ao vínculo temporário são visualizadas diariamente pelos profissionais do TSRJ. A alta rotatividade das equipes de saúde além de gerar interrupção no processo de educação permanente, exige constante atualização nos cadastros do Projeto e, dificultando assim, o processo de trabalho do Projeto.

Identificou-se o uso de oficinas presenciais como fator estimulante à participação dos enfermeiros no TSRJ, confirmando desta forma, a importância do contato presencial a processos virtuais posteriores. Desta maneira, verificou-se que a educação a distância, pelo menos no que se refere a esta experiência junto a profissionais da atenção básica, apresentou maior eficácia quando aliada a momentos presenciais.

Nesse estudo observaram-se características do projeto que contribuem para o processo educacional dos profissionais de saúde da atenção básica; a primeira diz respeito à gratuidade de todas as atividades, ou seja, os trabalhadores têm acesso a atividades de educação permanente sem nenhum ônus financeiro.

A segunda característica está relacionada ao ambiente virtual de aprendizagem. A possibilidade de acesso a teleconferências gravadas em horários assíncronos, distintos aos propostos pelo Núcleo para a emissão em tempo real, permite aos trabalhadores a realização da busca pela auto-instrução através do conteúdo exposto. Além disso, a proposta da disponibilização de teleconferências acaba por lidar, de forma lateralizada e não conflitiva, com um problema muito comum entre os municípios fluminenses, e de difícil manejo: o descompromisso ou não valorização, por parte dos gestores, da educação permanente dos profissionais de saúde, o que inevitavelmente leva à não liberação dos profissionais para participarem de atividades educativas, como as teleconferências propostas pelo TSRJ.

Tais dificuldades temporais evidenciadas nesta pesquisa, constituem fator dificultador, porém não impeditivo de participação dos enfermeiros no Projeto. O presente estudo observou ainda, a necessidade de novas pesquisas que examinem cautelosamente as dificuldades impostas pela gestão municipal para adesão dos enfermeiros a programas de educação permanente.

Constatou-se elevado interesse dos enfermeiros em temas sobre o processo de educação da equipe sugerindo assim, o comprometimento dos profissionais em relação à educação permanente da equipe.

Outro achado importante verificado neste estudo é quanto aos expectadores das atividades de teleconferências. A presença de agentes comunitários de saúde foi extremamente superior a de outras categorias profissionais. Este dado nos remete a estabelecer duas hipóteses, a serem verificadas: a) os ACS estão buscando estratégias para suprir possíveis falhas na sua formação profissional; b) estes profissionais participam ativamente das teleconferências, devido à postura incentivadora do enfermeiro da equipe e do gestor de saúde.

Apesar do elevado número de agentes comunitários de saúde participantes da atividade, o número de técnicos e auxiliares de enfermagem ainda é pouco expressivo. Este dado nos fala da necessidade de investigações futuras já que, técnicos e ACS fazem parte da mesma equipe, porém possuem graus de interesse heterogêneos no que diz respeito ao processo educativo.

O TSRJ certamente é hoje uma das principais ferramentas de auxílio aos profissionais da rede básica de saúde no estado do Rio de Janeiro. A possibilidade de efetuar um pedido de segunda opinião formativa e assistir a uma palestra sobre um tema de interesse a qualquer momento, possibilita ao trabalhador, a flexibilidade necessária para inserir-se no processo de educação permanente proposto pelo Projeto.

Iniciativas de educação permanente a distância ainda são escassas no Brasil. A falta de profissionais qualificados para coordenar e realizar as atividades educativas constitui um fator impeditivo para realização de projetos como o TSRJ.

Por outro lado, os profissionais de enfermagem são sujeitos de uma categoria marcada por intensas jornadas de trabalho e alta demanda de qualificação profissional, o que nos sugere a necessidade de programas educativos, porém flexibilizados temporalmente.

Os programas de educação a distância em enfermagem são recebidos hoje com intensa expectativa, pois configuram uma nova proposta metodológica para uma necessidade antiga.

Além disso, as características desta modalidade possibilitam a efetiva adesão do enfermeiro, sobretudo quando não vinculada a uma obrigação institucional e sim, ao comprometimento pessoal do trabalhador.

É importante enfatizar que, a educação a distância em saúde privilegia essencialmente aos profissionais que buscam a autogestão do aprendizado, configurando desta maneira, um complementar ao processo educativo presencial e contínuo. Além disso, esta modalidade não exclui as demais formas de busca por conhecimento.

Os trabalhadores que buscam a modalidade a distância como principal fonte de informações para capacitação profissional devem estar munidos de capacidade reflexiva e também crítica para, desta forma, evidenciar a possibilidade de apropriação do conhecimento adquirido.

Aos profissionais que desejam realizar a oferta de informações a distância, é necessário primeiramente, o levantamento do público que será beneficiado com tal serviço e também a escolha de recursos humanos apropriados para tal tarefa. A qualidade do serviço e o delineamento de possíveis riscos são indispensáveis para o êxito da atividade.

É necessária não somente uma inovação nos meios de ensinar, mas também a disposição concreta em aprender e fazer disso um mecanismo propulsor para buscas constantes de conhecimento.

REFERÊNCIAS

ABENSUR, Sílvia Itzcovici et al. Uso da internet como um ambiente para discussão de casos clínicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 291-295, set./dez. 2007.

ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANGE, Valéria. A visita domiciliar como estratégia de assistência no domicílio. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D' Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-172.

ALMEIDA, Maria Elizabeth Bianconcini. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 327-340, jul./dez. 2003.

ALVES, João Roberto Moreira. A história da EAD no Brasil. In: LITTO, Frederic; FORMIGA, Marcos. **Educação a distância: o estado da arte**. São Paulo: ABDR, 2009. p. 9-13.

ALVES, Vera Lúcia Souza et al. Criação de um web site para enfermeiros sobre pé diabético. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 56-61, 2006.

AMOROSO, Gilberto Montiel; GUAJARDO, Sérgio Antonio Galán; ARREOLA, Cristina Lopez. Telemedicina em Nuevo Leon, México: uma realidade. In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 384-389.

ARAUJO, Rafael Bernard; SANTOS, Rodrigo de Souza. **Simulação de consulta no ambiente virtual do TSRJ**. Disponível em: <<http://www.telessauderj.uerj.br/teleconsulta/painel.php>>. Acesso em: 03 set. 2010.

ARRUDA, Marina Patrício et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 518-524, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. **Cursos a distância**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www2.abed.org.br/contato.asp>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Aílton José; SPIRI, Wilza Carla. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 51-60, 2008.

BARBOSA, Maria Alves et al. Especialização em saúde da família: relato de parceria entre Universidade Federal de Goiás e Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins. **Rev. UFG**, Goiás, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/A_especializato.html>. Acesso em: 03 set. 2010.

BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.67-84, 2002.

BATISTA, Rodrigo Siqueira; BATISTA, Romulo Siqueira. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1183-1192, 2009.

BELLONI, Maria Luiza. **Educação a Distância**. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 2009. 115p.

BENITO, Gladys Amélia Vélez; BECKER, Luciana Corrêa. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p. 312-316, 2007.

BENTES, Roberto de Fino. A avaliação do tutor. In: LITTO, Frederic; FORMIGA, Marcos. **Educação a distância: o estado da arte**. São Paulo: ABDR, 2009. p. 166-170.

BOUSQUAT, Aylene; ALVES, Maria Cecília Goi Porto; ELIAS, Paulo Eduardo. Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. **Rev. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 903-906, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998**. Regulamenta o Art. 80 da LDB. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/D2494.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005**. Regulamenta o Art. 80 da LDB. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5622.htm>. Acesso em: 06 ago. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece diretrizes e bases para a educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.oficinadeveiculos.com.br/pdfs/LEI9394.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_198_2004.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://www.datadez.com.br/content/legislacao.asp?id=44077>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007**. Institui no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <<http://www.telessaude.org.br/telessaude/portaria/portaria35.aspx>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010**. Institui em âmbito nacional o Programa Telessaúde Brasil. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=16>>. Acesso em: 06 ago. 2010a.

_____. Ministério da Educação. **Universidade aberta do Brasil**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://www.uab.capes.gov.br/>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004b. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Telessaúde**: sobre o programa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=1>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, c2008. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/nucleo_rj.php>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Respostas baseadas em evidências para problemas em atenção primária**. Disponível em: <http://blog.telessaudebrasil.org.br/?page_id=4482>. Acesso em: 30 ago. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: panorama, avaliação e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_panorama_avaliacao_de_safios.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 37 p.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 63 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**: Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Caderno 3: Educação permanente. 32p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2010.

CAIADO, Aurílio Sérgio da Costa; SANTOS, Sarah Maria Monteiro. Fim da dicotomia rural-urbano? Um olhar sobre os processos socioespaciais. **São Paulo perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 115-124, 2003.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. Educação a distância na disciplina de legislação, ética e exercício de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, jan./fev. 2009.

CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, mar./abr. 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 59-74.

CAMPOS, Gilda Helena. Vantagens, desvantagens e novidades da EAD. **Revista TI**, [S. l.], 21 nov. 2000. Disponível em: <http://www.timaster.com.br/revista/artigos/main_artigo.asp?codigo=253&pag=2>. Acesso em: 10 set. 2010.

CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, 1999.

CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli et al. Desenvolvimento de um curso on line sobre o tema de administração de medicamentos. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 44-53, 2003.

CECCIN, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 475-486, 2005.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa; XIMENES, Lorena Barbosa; JORGE, Maria Salete Bessa. Educação em saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes em um curso de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 646-650, 2007.

CORBO, Anamaria D' Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria; PONTES Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D' Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago. 2006.

COSTA, Carmem Cemires Cavalcante et al. Curso técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 705-713, 2008.

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 326-331, 2005.

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do estado de São Paulo segundo a implantação da Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p.28-35, 2005.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sonia. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 25-36, 2002.

ELIASQUEVICI, Marianne Kogut; PRADO JUNIOR, Arnaldo Corrêa. O papel das incertezas no planejamento de sistemas de educação a distância. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 309-325, maio/ago. 2008.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. Rio quer ser o primeiro estado com internet em todos os municípios. **Globo.com**, Rio de Janeiro, 17 abr. 2008.

Disponível em:

<http://oglobo.globo.com/tecnologia/mat/2008/04/17/rio_quer_ser_primeiro_estado_com_internet_em_todos_os_municipios_diz_professor-426939323.asp>. Acesso em: 07 ago. 2010.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Sobre EAD**.

Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/sobre-o-ead/apresentacao/>>. Acesso em: 03 set. 2010.

ESCOREL, Ligia Sarah. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud pública**, v. 21, n. 2, p.164-173, 2007.

FERNANDES, Léia Cristiane; BERTOLDI, Andréa; BARROS, Aluizio. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERREIRA, Márcia de Assunção et al. O significado do PROFAE segundo os alunos: contribuição para construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2007.

FRANÇA, Tânia et al. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Observatórios de recursos humanos em saúde no Brasil** – estudos e análises. Brasília, DF, 2004. v. 2.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 40. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

FREITAS, Fernanda Pini de; PINTO Ione Carvalho. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Rev. Latino-am. Enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005

GARCIA, Rosineide Mubarak; BAPTISTA, Rosanita. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 70-8, jun. 2007.

GHEDINE, Tatiana; TESTA, Maurício Gregianin; FREITAS, Henrique Mello Rodrigues. Educação a distância via internet em grandes empresas brasileiras. **RAE**, São Paulo, v. 48, n. 4, out./dez. 2008.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra; TAVARES, Márcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa de Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868- 876, abr. 2009.

GUNDIM, Rosângela Simões; MARANHO, Isabel Cristina. Relato de experiência: I curso de enfermagem oncológica por teleconferência do Instituto de Ensino e Pesquisa. In: ENCUESTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 2005, Cidade do México. [**Trabalhos apresentados...**]. Cidade do México: [s.n], 2005. Disponível em: <<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:19439&dsID=n03simoes05.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

HUDSON, Heather Elizabeth. Telemedicina rural: lições do Alasca para regiões em desenvolvimento. In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 425-432.

IBGE. **Perfil populacional do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj#>>. Acesso em: 06 ago. 2010

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Superior**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/censo/superior/news07_01.htm>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Instituições de educação superior e cursos cadastrados**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 13 set. 2010a.

_____. **Sistema de estatísticas educacionais**. Disponível em: <<http://www.edudatabrasil.inep.gov.br/>>. Acesso em: 13 set. 2010b.

INSTITUTO UNIVERSAL BRASILEIRO. **Sobre o IUB**. Disponível em: <<http://www.institutouniversal.com.br/historia.asp?IUB>>. Acesso em: 03 set. 2010.

JORDANOVA, Malina Mitkova. E-psicologia na Bulgária: sonho ou realidade? In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 416-420.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, 2006.

KAWATA, Lauren Suemi et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, abr./jun. 2009.

KENSKI, Vani Moreira. **Educação e tecnologias, o novo ritmo da informação**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2008. 141p.

_____. **Tecnologias e ensino presencial e a distância**. 7.ed. Campinas: Papirus, 2009. 157p.

LACERDA, William Almeida; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. A participação popular na gestão local do PSF em Campina Grande, Paraíba. **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 197-205, 2007.

LIMA, Cláudio Marcio Amaral et al. Videoconferência: sistematização e experiências em telemedicina. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 341-344, 2007.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HARBER, Judith. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUZ, Madel. O futuro do livro na avaliação dos programas de pós-graduação: uma cultura do livro seria necessária? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 631-636, 2005.

MACHADO, Arlindo. Fim do livro? **Estud. Av.**, São Paulo, v. 8, n. 21, p. 201-214, 1994.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004.

MATTOS, Ruben Araujo de. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010.

MELO, Gilberto; SANTOS, Regina Maria; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. Entendimento e Prática das ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 290-295, 2005.

MELO, Maria do Carmo Barros; SILVA, Eliane Maria de Sena. Aspectos conceituais de Telessaúde. In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 17-31.

MINAYO, Maria Cecília; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set. 1993.

MOECKEL, Alexandre. **CSCW**: conceitos e aplicações para cooperação. Curitiba, PR, 2003. 352 p. Disponível em: <http://www.pessoal.utfpr.edu.br/moeckel/publicacoes/cscw_gdp2003.pdf>. Acesso em: 27 set. 2010.

MORA, Francisco; ABOUTANOS, Michel. Uso de la tecnologia em La creación de um sistema de trauma em Ecuador. **Revista e Salud.com**, Málaga, España, v. 2, n. 8, p. [1-6], oct./dic. 2006.

MOTTA, Débora. Um caminho mais curto entre o paciente e a cura. **Pesquisa Rio**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 25-29, 2009.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NASCIMENTO, Raimundo Benedito; TROMPIERI FILHO, Nicolino. Correio Eletrônico como recurso didático do ensino superior: o caso da Universidade Federal do Ceará. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 87-97, maio/ago. 2002.

NEVES, João. **Ambiente virtual do TSRJ**. Disponível em: <<http://www.telessauderj.uerj.br/ava/>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

NISKIER, Arnaldo. Aspectos culturais e a EAD. In: LITTO, Frederic; FORMIGA, Marcos. **Educação a distância**: o estado da arte. São Paulo: ABDR, 2009. p. 28-33.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Estatutários e celetistas**: perspectivas no SUS. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/estatut_celetistas_perspectivas.htm>. Acesso em: 06 ago. 2010.

NORRIS, Anthony Charles. Essentials of telemedicine and telecare. West Sussex, England: John Wiley & Sons, 2002 apud MELO, Maria do Carmo Barros; SILVA, Eliane Maria de Sena. Aspectos conceituais de Telessaúde. In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006, p. 17-31.

NUNES, Ivônio Barros. A história do EAD no mundo. In: LITTO, Frederic; FORMIGA, Marcos. **Educação a distância**: o estado da arte. São Paulo: ABDR, 2009. p. 2-8.

OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Educação a distância como estratégia para educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.65-72, 2007.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PETERS, Otto. **A educação à distância em transição**. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

QUELHAS, Maria Cristina Ferreira; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; ROPOLI, Edilene Aparecida. Educação à distância em processos de esterilização de materiais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 697-705, 2008.

RIBEIRO, Maria Andréia Silva; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso a distância sobre tratamento de feridas. **Rev. Latino-am. Enferm.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 77-84, jan./fev. 2006.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Cartilha Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2006.

ROCHA, Paulo de Medeiros; ARAUJO, Marize Barros de Souza. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

RODRIGUES, Rita de Cássia Vieira; PERES, Heloísa Helena Ciqueto. Panorama brasileiro do ensino de enfermagem a distância. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 298-304, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a12.pdf>>. Acesso: 06 ago. 2010.

ROHM, Kerstin et al. Telemedicina para as regiões rurais remotas da Colômbia. In: SANTOS, Alaneir de Fátima et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 325-335.

SANCHES, Luiz Miguel Picelli; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Educação a distância sobre cardioversão e desfibrilação para enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 583-538, 2008.

SANTOS, Iraci; CLOS, Araci Carmen. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: Gauthier, Jacques Henri Maurice et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 1-17.

SANTOS, Mariângela Romano dos. Atribuições legais do enfermeiro no Programa de Saúde da Família: dificuldades e facilidades. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 37-40, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_07atribuicoesLegais.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2010.

SCHMIDT, H.G. **Educational aspects of problem-based learning**. Limburg, Netherlands: University of Limburg, 1990 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 25 set. 2010.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-44, jul./set. 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. **Informações em saúde**: dicotomia urbano-rural no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 06 ago. 2010a.

_____. Departamento de Informática. **Informações em Saúde**: equipes de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equiperj.def>>. Acesso: 06 ago. 2010.

_____. Departamento de Informática. **Informações em saúde**: pessoas atendidas pelas unidades básicas de saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 06 ago. 2010c.

_____. Departamento de Informática. **Sobre o DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 06 ago. 2010d.

_____. Departamento de Informática. **Sobre o SIAB**. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 06 ago. 2010e.

SUDAN, Luci Cristina Pulga; CORRÊA, Adriana Kátia. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivências de graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 576-82, set./out. 2008.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

TRAD, Leny Alves Bomfim et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família na Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TV BRASIL. **Salto Para o Futuro**. Disponível em: <<http://www.tvbrasil.org.br/saltoparaofuturo/quem-somos.asp>>. Acesso em: 03 set. 2010.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues, LIMA, Luciana Dias. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/Politicadesaudeeequidade.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2010.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler et al. Tendências do Sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2004. 254 p.

VILLAS BOAS, Lygia Maria de Figueiredo Mello; ARAUJO, Marize Barros de Souza; TIMÓTEO, Rosalba Pessoa de Souza. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva de sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, 2008.

VINCENT, Simone Paes. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Vínculo dos servidores com o Estado, a emenda constitucional nº 19/98 e o regime jurídico único** [S.l.]: JUS Navigandi, 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3342>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

APÊNDICE A - Quadro de variáveis conforme o momento da pesquisa

Formulário de Linha de Base	Segunda Opinião Formativa	Teleconferência
<ul style="list-style-type: none"> • Faixa etária; • Região do Estado; • Sexo; • Graduação; • Anos de formado; • Diploma de especialização; • Área de especialização; • Domínio do inglês; • Utilização de e-mail; • Freqüência de acesso ao e-mail; • Métodos para capacitação; • Freqüência de acesso à internet para capacitação; • Acesso à BVS; • Acesso ao DATASUS e páginas do MS; • Utilização do SIAB; • Zona de atuação; • Tipo de vínculo empregatício; • Satisfação com o vínculo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temática; • Região do Estado; • Preenchimento do questionário de satisfação; • Pertinência da resposta do teleconsultor; • Mudança de conduta profissional; • Relevância para o atendimento atual; • Adiamento de encaminhamento; • Motivos do adiamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Região do Estado; • Classe profissional; • Pontos de acesso; • Freqüência mensal.

Quadro 2 - Quadro de variáveis conforme o momento da pesquisa

APÊNDICE B – Requerimento de isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos por meio deste, solicitar a isenção do termo do consentimento livre e esclarecido visto que a pesquisa contemplada neste trabalho sob o título: “Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente e a segunda opinião formativa no trabalho do enfermeiro da atenção básica”, não requisita dados objetivos de seres humanos e sim informações secundárias arquivadas no banco de dados do Projeto Telessaúde Brasil: Núcleo Rio de Janeiro.

Atenciosamente,

Magda Guimarães de Araujo Faria

Prof^a. Helena Maria Scherlowski Leal David

_____, _____ de _____ de 2009.

ANEXO A - Mapa do Estado do Rio de Janeiro de acordo com os municípios cadastrados no TSRJ



ANEXO B – Formulário linha de base – enfermeiros e médicos

Estamos iniciando as atividades do Telessaúde, projeto financiado pelo Ministério da Saúde/ OPAS que tem por objetivo contribuir para a capacitação e o aperfeiçoamento do trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Este projeto tem a Educação à Distância como ferramenta principal para a qualificação profissional podendo, sempre que possível, promover atividades presenciais.

Visando atender melhor os interesses dos profissionais que estão atuando nas Equipes e, também, as necessidades do projeto, solicitamos sua colaboração, respondendo as informações abaixo e em anexo.

Estes dados poderão ser utilizados em pesquisas acadêmicas, desde que haja consentimento mediante a assinatura de termo específico e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Desejamos que esse projeto auxilie sua prática e contribua para a sua formação profissional continuada.

Bom trabalho,

Equipe do Projeto Telessaúde

I – Informações administrativas

1.1 Data do preenchimento do questionário: ___ / ___ / _____

1.2 Unidade da Federação (UF): _____

1.3 Município: _____

1.4 Unidade Saúde da Família(USF)- nome do PSF: _____

1.5 Em que tipo de Unidade de saúde você trabalha?

() Unidade Saúde da Família

() Unidade Básica Tradicional (Unidade Sanitária SEM Estratégia de Saúde da Família)

() Unidade Mista (Saúde da Família + Unidade Básica Tradicional no mesmo local)

() Não sei/ Não se aplica

1.6 Localização: () Zona Urbana () Zona Rural

II – Dados de identificação

2.1 Nome Completo:

2.1 Sexo: () Masculino () Feminino

2.3 Data de nascimento: ___ / ___ / _____

2.4 Telefone pessoal: (___) _____

2.5 E- mail _____

2.6 Melhor forma de contato pessoal: (livre) _____

III - Formação

3.1 Profissão (marque apenas a que exerce no momento)

() Enfermeiro

() Médico

() Cirurgião-dentista

() Técnico de enfermagem

() Auxiliar de enfermagem

- Auxiliar de consultório dentário
- Técnico de higiene dental
- Agente comunitário de saúde

3.2 Conselho profissional: _____

3.3 Nº registro no conselho: _____

3.4 Instituição de formação- Nome: _____

- Instituição pública
- Instituição privada

3.5 Ano de conclusão da graduação- curso superior:

3.6 Especialização(ões)/ pós-graduação(ões): Não Sim

3.7 Qual(ais)? Quando concluiu (ou ano previsto para conclusão)?

Residência médica. Qual(ais)?

Medicina de família e comunidade

Ginecologia e obstetrícia

Geriatria

Medicina interna

Pediatria

Outras. Quais? _____

Título de especialista da Associação Médica Brasileira Quais? _____

Residência em outra área da saúde. Qual? _____

Residência multiprofissional. Qual? _____

Curso de especialização. Qual? _____

Mestrado. Em que área? _____

Doutorado. Em que área? _____

IV – Perfil profissional

4.1 Mês/Ano que ingressou pela **primeira vez** na ESF **independente do município ou unidade** em que trabalha atualmente: (mm/aaaa) ___ ___ / ___ ___ ___ ___

4.2 Na **atual função profissional no atual município** ___ ___ / ___ ___ ___ ___

4.3 Na **atual função profissional na atual unidade** ___ ___ / ___ ___ ___ ___

4.4 Você é o coordenador da sua unidade? Não Sim

4.5 Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde? (Se você for o coordenador da unidade, responda em relação ao apoio pelo

coordenador da Saúde da Família municipal)



4.6 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de Saúde?



4.7 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde?



4.8 Qual o grau de satisfação com seu trabalho na sua unidade de Saúde da Família?



4.9 Por quê? *(referente à questão 4.8 -texto livre)*

4.10 Qual o grau de satisfação com o sistema de serviços de saúde do seu município?



4.11 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro dependendo de sua experiência profissional prévia de trabalho na Estratégia Saúde da Família (plano de carreira ou assemelhado)?

() Não () Sim () Não sei

4.12 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro por causa de sua qualificação profissional na área da Saúde da Família (Residência ou Especialização na área da

Medicina de Família e Comunidade ou de Saúde da Família)?

Não Sim Não sei

4.13 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro se seguir algum *guideline*/ protocolo ou alcançar determinados resultados?

Não Sim Não sei

4.14 Qual seu grau de satisfação com o seu salário na Estratégia Saúde da Família?

 A  B  C  D  E

4.15 Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço?

Estatutário

CLT

Cooperativa

Contrato temporário. Previsão de conclusão do contrato: ___/___/___

Outro. Qual: _____

4.16 Qual seu grau de satisfação com o tipo de vínculo empregatício que você possui na ESF?

 A  B  C  D  E

4.17 Você acredita que frente a necessidades familiares ou profissionais vá deixar de trabalhar no atual município no próximo ano?

4.18 Favor estimar a carga horária semanal de sua unidade.

4.19 Em quantos locais você trabalha fora da Saúde da Família? ___ locais

4.20 Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho? ___ Horas/semana

4.21 Favor estimar qual o número médio de consultas por semana que você atende

na Unidade Saúde da Família: ____ ____ ____ *Consultas/semana*

4.22 Qual a porcentagem aproximada de consultas por faixa etária?

Idade de 0 a 12 anos: ____ %

Idade de 13 a 20 anos: ____ %

Idade de 21 a 40 anos: ____ %

Idade de 41 a 60 anos: ____ %

61 anos ou mais: ____ %

4.23 Qual porcentagem de suas consultas são agendadas (consultas planejadas com antecedência pelo profissional ou paciente. Não inclui consultas espontâneas, marcadas no mesmo dia)? ____ % das consultas são agendadas.

4.24 Como você avalia a relação entre consultas agendadas e espontâneas

Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas.

Poucas consultas agendadas e muito espontâneas.

Relação adequada entre consultas agendadas e espontâneas.

Não sei

V – Conhecimentos de informática e recursos de comunicação

5.1 Quão confortável você se sente para ler um texto científico em inglês?



A



B



C



D



E

5.2 Quais meios você usa com mais frequência para se atualizar seus conhecimentos em saúde ou se capacitar? (marcar as mais utilizadas)

Sites científicos na Internet

Sites de Bibliotecas Virtuais

Artigos/ Revistas / Periódicos eletrônicos.

Artigos/ Revistas / Periódicos impressos

Livros

Palestras, cursos ou congressos presenciais

Publicações do Ministério da Saúde (Ex: cadernos de atenção básica)

- () Discussões de caso com colegas
- () Grupos de Estudo com colegas
- () Impressos de laboratórios farmacêuticos ou informações de representantes
- () Outros. Quais: _____

5.3 Com que frequência você acessa a internet para se atualizar ou capacitar?

- () Diariamente
- () De 2 a 6 dias por semana
- () Uma vez por semana
- () Menos de uma vez por semana e mais de 1 vez por mês
- () Menos de uma vez por mês
- () Nunca, não tenho acesso
- () Não sei/ Não lembro

5.4 Você usa e-mail?

- () Não (pular para questão 5.6)
- () Sim

5.5 Com que frequência você acessa sua caixa de e-mails (em qualquer local)?

- () Diariamente
- () De 2 a 6 dias por semana
- () Uma vez por semana
- () Menos de uma vez por semana e mais de 1 vez por mês
- () Menos de uma vez por mês
- () Não sei/ Não lembro

5.6 Que programas e aplicativos você sabe usar?

- () Editor de textos (ex. Word, BrOffice)
- () Planilhas (ex. Excel, Br Office)
- () Programas para apresentações de slides (ex. powerpoint, BrOffice)
- () Navegador de internet (ex. Internet Explorer, Firefox, Netscape, ...)
- () Gerenciador de e-mails (ex. outlook express ou webmail como yahoo)
- () Reprodutores de músicas, vídeos, fotos e outras mídias (ex. Windows Media Player, Winnanp, RealPlayer....)

- Programa para trocas instantâneas de mensagens (ex. MSN) ou chats
- Nenhum
- Não sei/ Não lembro

5.7 Você sabe manusear máquina de fotografia digital?

- Não
- Sim

5.8 Sua Unidade tem computador com o SIAB instalado?

- Não
- Sim
- Não sei/ Não lembro

5.9 Você alguma vez já acessou a página do Ministério da Saúde ou do DATASUS para procurar alguma informação de saúde?

- Não
- Sim
- Não sei/ Não lembro

5.10 Você alguma vez acessou a página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME ou da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS-Saúde Pública) para procurar alguma informação de saúde?

- Não
- Sim

5.11 Você tem telefone celular?

- Não
- Sim

5.12 Você costuma ler mensagens de texto enviadas para o seu telefone celular?

- Não
- Sim
- Não recebo mensagens
- Não sei/ Não lembro

VI – Pesquisa de demandas espontâneas para profissionais de saúde

6.1 Que assuntos ou temas clínicos você gostaria que fossem abordados em um programa de educação/atualização para Estratégia Saúde da Família:

1. _____
2. _____
3. _____

6.2 Há casos em que sentimos necessidade de encaminhar pacientes para outros serviços. Alguns desses encaminhamentos poderiam ser evitados se você pudesse discutir

suas dúvidas com um especialista?

() Não, isso nunca aconteceu () Sim () Não lembro de ter acontecido

6.3 Você pode exemplificar as especialidades em que esta situação mais acontece

1. _____
2. _____
3. _____

6.4 Em média, com que frequência essas situações (vide questão acima) acontecem?

() N° _____ vezes no mês OU N° _____ vezes na semana OU N° _____ vezes no dia OU
() Não acontece OU () Não lembro

6.5 Além dos temas clínicos, que outras questões e atividades de organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família/PSF poderiam ser abordados em um programa de educação/atualização?

1. _____
2. _____
3. _____

6.6 A supervisão do trabalho dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde pode apresentar dificuldades não previstas no treinamento clínico. Quais são **as suas** necessidades de capacitação para supervisioná-los?

1. _____
2. _____
3. _____

6.7 Em sua opinião, quais são os temas nos quais **os ACS** necessitam capacitação?

1. _____
2. _____
3. _____

VII – Pesquisa de demandas estimuladas para profissionais de saúde, condições sensíveis à APS e temas mais frequentes na ESF

7.1 Entre a relação de problemas de saúde abaixo citados quais são suas necessidades de educação continuada quanto ao diagnóstico e manejo, ou que despertam maior dificuldade no manejo clínico-profissional:

- Abuso de álcool e outras drogas
- AIDS/SIDA
- Amenorréia
- Amigdalite
- Anemia
- Artralgia
- Asma
- Cardiopatias isquêmicas
- Cáries e gengivites
- Causas prevalentes de cegueira
- Cefaléias
- CP (citopatológico) de colo de útero
- Deficiências nutricionais/
Desnutrição
- Demências
- Depressão e outros transtornos de humor
- Dermatite de contato
- Desidratação
- Desmame precoce
- Diabetes melitus
- Distúrbios do estômago e duodeno
- Distúrbios do metabolismo lipídico
- Doenças cerebrovasculares
- Doenças da genitália feminina
- Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos
- DST
- Doenças de tireóide
- Dor lombar
- Dores abdominais
- Enfisema e DPOC
- Epilepsias
- Febre
- Hanseníase
- Gastroenterite/ Diarréia (e complicações)
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Imunizações
- Infecções agudas das vias áreas superiores
- Infecções de pele e tecido subcutâneo
- Infecções no rim e trato urinário
- Insuficiência cardíaca
- Menopausa e sintomas do climatério
- Neoplasia maligna do útero
- Orientação sobre anticoncepção
- Obesidade
- Orientação alimentar e nutricional
- Otite média aguda
- Parasitoses
- Pediculose
- Pneumonias bacterianas
- Pré-natal
- Psicoses
- Puericultura
- Sinusite aguda e crônica
- Tabagismo
- Transtorno de ansiedade
- Tuberculose
- Úlceras gastrointestinais
- Violência

7.2 Em relação aos seguintes problemas e situações avalie seu desempenho. Marque um “X” classificando o grau de concordância com a frase **“Sinto-me capacitado nesse assunto”**. Observação: A opção **“Não se aplica”** deve ser marcada quando julgar que nenhuma das ações citadas no item são atribuições de sua atividade profissional.

“Sinto-me capacitado neste assunto”						
CÂNCER DE MAMA	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Seguimento do protocolo de rastreamento (pacientes com indicação, quando iniciar, periodicidade, quando encerrar)						
Anamnese e identificação de fatores de risco						
Habilidades de comunicação (abordagem de diagnósticos com prognóstico incerto ou ruim; estigmas e medos)						
Educação em saúde (rastreamento do câncer de mama, menopausa, práticas sexuais)						
Exame físico						
Exames complementares: indicação de mamografia, indicação de ecografia mamária						
Exames complementares: interpretação de laudos de MMG e da ecografia e sistema BIRADS						
Investigação do nódulo mamário						
Acompanhamento (quando encaminhar a outros profissionais da sua unidade ou a serviços especializados; anticoncepção e reposição hormonal e câncer de mama)						
Grupos e saúde da mulher						
Acompanhamento paliativo (Tratamento da dor, abordagem familiar no paciente com doença avançada).						
Estratégia de vigilância da saúde da mulher (estratégias de busca ativa de faltosas ou pacientes com mamografia prévia alterada, lista de pacientes)						
Câncer de Mama- avaliação geral						
Observações						

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">CÂNCER DE COLO DO ÚTERO</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Seguimento de protocolo de rastreamento (pacientes com indicação, quando iniciar, periodicidade, quando encerrar)						
Anamnese e identificação de fatores risco						
Habilidades de comunicação (ex: abordagem do uso de camisinha e atividade sexual, do parceiro de mulheres com HPV, de diagnósticos com prognóstico incerto ou ruim)						
Educação em saúde (rastreamento do câncer de colo, práticas sexuais seguras, anticoncepção)						
Exame Físico ginecológico						
Coleta do citopatológico (técnica de coleta, identificação de infecções e outras situações que prejudicam o exame)						
Interpretação do laudo do citopatológico						
Acompanhamento (citopatológico com ASC-US ou NIC 1, indicação de colposcopia, quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou a serviços especializados)						
Grupos e saúde da mulher						
Acompanhamento paliativo (tratamento da dor, abordagem familiar no paciente com doença avançada)						
Estratégias de vigilância da saúde da mulher (estratégias de busca ativa de faltosas ou pacientes com citopatológico alterado, lista de pacientes)						
Câncer de colo de útero- avaliação geral						
Observações						

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">PRÉ-NATAL</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Avaliação pré-concepcional (práticas preventivas no planejamento da gestação)						
Seguimento de protocolo de pré-natal (periodicidade de consultas e de exames; quando fazer suplementações e vacinas, identificação do pré-natal de risco)						
Anamnese (datação da gestação, identificação de fatores de risco da história passada e atuais)						
Habilidades de comunicação (abordagem psico-social do casal e da família, inclusão do pai no acompanhamento pré-natal, abordagem das expectativas e ansiedades, reconhecimento de conflitos e depressão na gestação, situações de violência)						
Educação em saúde (alimentação saudável, sinais de alerta para trabalho de parto, centro obstétrico de referência, prevenção de DSTs, aleitamento materno, anticoncepção)						
Exame Físico (rotina, identificação de trabalho de parto)						
Solicitação e interpretação de exames de rotina						
Indicação e interpretação da ecografia obstétrica						
Situações clínicas frequentes: rastreamento e tratamento da bacteriúria e da infecção urinária						
Situações clínicas frequentes: rastreamento, suplementação de ferro e tratamento da anemia no pré-natal						
Identificação de urgências e emergências no pré-natal (sangramento uterino, ausência de batimentos cardio-fetais, ausência de movimentação fetal, outros)						
Rastreamento de diabetes gestacional						
Prevenção da transmissão vertical de Sífilis						
Prevenção da transmissão vertical HIV						
Prevenção da transmissão vertical Hepatite B						
Diagnóstico de doença hipertensiva na gestação						

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">PRÉ-NATAL</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Rastreamento de Incompatibilidade RH						
Citopatológico no pré-natal						
Vacinas e pré-natal						
Uso de sintomáticos e outras medicações na gestação						
Grupos no pré-natal						
Quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou ao serviço especializado de pré-natal de risco						
Puerpério e anticoncepção						
Pré-natal – avaliação geral						
Observações:						

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">PUERICULTURA</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Anamnese com o cuidador						
Habilidades de comunicação (abordagem de expectativas dos cuidadores, conflitos familiares e situações de risco sócio-econômico, situações de violência/ abusos)						
Educação em saúde (prevenção de acidentes/ lesões não-intencionais, práticas alimentares saudáveis, cuidados domiciliares e sinais de alerta)						
Exame físico						
Uso de curvas de crescimento						
Exames complementares						
Problemas comuns (infecções e infestações, dermatites, retirada de fraldas, dificuldades alimentares, constipação, ganho de peso insuficiente, etc)						
Acompanhamento (uso de protocolo de acompanhamento da criança saudável, programação de consultas de rotina, quando encaminhar a outro profissional da unidade ou a serviço especializado)						
Imunizações						
Suplementação vitamínica e de ferro						
Alimentação (aleitamento materno e intercorrências como mastite, fissura mamilar, dificuldades com a pega), introdução de alimentação complementar						
Estratégia de vigilância da saúde da criança (estratégias de busca ativa de faltosos, crianças com vacinas em atraso, crianças em risco nutricional, crianças em risco e programas governamentais, lista de pacientes, contato com conselho tutelar)						
Puericultura - avaliação geral						
Observações						

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">PREVENÇÃO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Anamnese e reconhecimento/estratificação de risco						
Habilidades de comunicação (abordagem de expectativas e objetivos do paciente, dificuldade de adesão a mudanças de estilo de vida e crenças sobre efeitos e para-efeitos farmacológicos)						
Educação em saúde – orientação de atividade física						
Educação em saúde – orientação da alimentação						
Educação em saúde – abordagem breve do tabagismo						
Educação em saúde – tratamento farmacológico						
Exame físico						
Indicação de exames complementares de rotina						
Reconhecimento de complicações do diabetes melito e da hipertensão						
Manejo farmacológico - Hipertensão Arterial Sistêmica						
Manejo farmacológico - Diabetes Melito (inclui insulina)						
Manejo farmacológico - Tabagismo						
Manejo farmacológico - Dislipidemia						
Manejo farmacológico - Obesidade						
Acompanhamento (rotinas, quando encaminhar a outro colega de sua unidade ou a serviço especializado)						
Doença cardiovascular e paciente idoso (adequação de medicações, interações e para-efeitos; risco-benefício de intervenções/ rastreamento)						
Grupos						
Vigilância em saúde do paciente em risco cardiovascular (cadastro e seguimento de hipertensos, diabéticos e pacientes com eventos cardiovasculares prévios)						
Prevenção de Doença Cardiovascular - avaliação geral						
Observações						

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">SAÚDE MENTAL ETILISMO E DROGADIÇÃO</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Aconselhamento preventivo de adolescentes						
Anamnese: identificação de risco e abordagem oportunística na consulta do adulto						
Anamnese: diagnóstico						
Habilidades de comunicação (ex: abordagem para mudança de comportamentos de risco, dependência, conflitos familiares, violência doméstica, risco de suicídio)						
Educação em saúde (diminuição de danos, alcoolismo/ drogadição e trânsito, síndrome de abstinência, fissura, overdose/intoxicação)						
Exame Físico						
Exames complementares (indicação e interpretação)						
Tratamento farmacológico do etilismo						
Tratamento farmacológico da drogadição						
Acompanhamento (pré-contemplação, motivação, tratamento, identificação de transtornos do humor e de ansiedade comórbidos, identificação de complicações, quando encaminhar a outro profissional de sua unidade ou a serviço especializado; quando indicar internação).						
Grupos						
Abordagem familiar e violência doméstica						
Abordagem comunitária e intersetorial (A.A., assistência social, instituições religiosas, associações e outros recursos).						
Observações						

7.3 Para desenvolver de forma adequada o trabalho na ESF, algumas ferramentas são importantes. Avalie sua capacidade marcando com um “X” classificando o grau de concordância com a frase **“Sinto-me capacitado nesta atividade”**.

<p align="center">“Sinto-me capacitado neste assunto”</p> <p align="center">ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</p>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Anamnese: avaliação alimentar, padrões familiares						
Anamnese: identificação de comorbidades relacionadas como transtornos de ansiedade e de humor, compulsão alimentar, transtornos alimentares						
Habilidades de comunicação (ex: abordagem de riscos, crenças e objetivos do paciente)						
Educação em saúde (reeducação alimentar, motivação, indicação e uso racional de suplementos/ vitaminas)						
Exame físico (medidas antropométricas, perímetro da cintura, estratificação de risco)						
Exames complementares (indicação e interpretação)						
Tratamento farmacológico da obesidade						
Tratamento da desnutrição em crianças						
Tratamento da desnutrição em adultos						
Acompanhamento (mudanças comportamentais: pré-contemplação, motivação, ação; monitoramento de transtornos comórbidos, identificação de complicações, quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou a serviços especializados)						
Alimentação/ Nutrição na criança						
Alimentação/ Nutrição na gestante e nutriz						
Alimentação/ Nutrição e risco cardiovascular						
Grupos e alimentação/ nutrição						
Abordagem familiar e reeducação alimentar						
Alimentação e Nutrição - avaliação geral						
Observações						

“Sinto-me capacitado nesta atividade” <i>ABORDAGEM COMUNITÁRIA</i>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>
Diagnóstico de saúde da comunidade/ indicadores de saúde					
Diagnóstico de demanda da unidade					
Definição de prioridades					
Planejamento de intervenções comunitárias					
Execução das ações comunitárias					
Avaliação da implementação e do impacto das intervenções					
Observações					

“Sinto-me capacitado nesta atividade” <i>TRABALHO MULTIDISCIPLINAR</i>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>	<i>Não se aplica*</i>
Com médicos (as)						
Com enfermeiros (as)						
Com técnicos e auxiliares de enfermagem						
Com cirurgiões-dentistas						
Com técnicos de higiene dental						
Com auxiliares de consultório dentário						
Com agentes comunitários de saúde						
Observações:						

“Sinto-me capacitado nesta atividade” <i>ATIVIDADES DE GRUPO</i>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>
Metodologia					
Planejamento					
Desenvolvimento					
Avaliação					
Observações					

“Sinto-me capacitado nesta atividade” <i>VISITA DOMICILIAR</i>	<i>Com certeza sim</i>	<i>Provavelmente sim</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Provavelmente não</i>	<i>Com certeza não</i>
Planejamento					
Priorização					
Consulta domiciliar					
Desenvolvimento de programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar					
Observações					

ANEXO C – Relatório de satisfação da teleconsulta de enfermagem

Caro colega, agora que você recebeu a resposta de sua teleconsulta, gostaríamos de que você respondesse as questões abaixo para melhorarmos nossos serviços. O preenchimento deste formulário de satisfação é muito importante para nós.

*Atenciosamente,
Equipe do Projeto TeleSSaúde-RJ*

1. Como você classificaria sua satisfação geral com esta teleconsulta?
 - ✓ Ótimo
 - ✓ Bom
 - ✓ Regular
 - ✓ Ruim
 - ✓ Péssimo

2. A teleconsulta respondeu a sua dúvida?
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Parcialmente
 - ✓ Outro

3. A teleconsulta mudou/mudará sua conduta usual no tema abordado?
 - ✓ Sim
 - ✓ Não, pois eu já seguia a conduta
 - ✓ Não, pois eu não concordo com a resposta
 - ✓ Não, pois não há como seguir a conduta sugerida em nosso contexto
 - ✓ Não, outros motivos
 - ✓ Não sei

4. Você acha que a teleconsulta serviu ou servirá no atendimento a seus pacientes?
 - ✓ Sim
 - ✓ Não

- ✓ Não sei
5. A sua teleconsultoria realizada neste caso evitou/evitará a referência (encaminhamento) de pacientes a outros serviços especializados?
- ✓ Sim, evitou
 - ✓ Não, pois ainda será necessário referenciar pacientes com o problema abordado
 - ✓ Não, pois não era meu plano referenciar pelo problema abordado antes da consultoria por texto
 - ✓ Não, pelo contrário, eu só decidi referenciar pacientes com o problema abordado após a consultoria por texto
 - ✓ Não, outros motivos
 - ✓ Não sei
 - ✓ Não se aplica a minha dúvida por texto/ A dúvida não se referia a problemas que envolvem pacientes diretamente
6. Você gostaria de que esse serviço fosse mantido de forma contínua?
- ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não sei
7. Você recomendaria a utilização da teleconsultoria para algum colega?
- ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não sei
8. Sugestões e outros comentários gerais: