

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Biociências
Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica
Curso de Mestrado

BRENO CALDAS DE ARAUJO

**DIFUSÃO DE INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: CONSIDERAÇÕES
PARA A POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Recife
2013

BRENO CALDAS DE ARAUJO

**DIFUSÃO DE INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: CONSIDERAÇÕES
PARA A POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica, Área de concentração Fármacos, Medicamentos e Insumos Essenciais para a Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Inovação Terapêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Lins Galdino

Co-orientador: Prof. Dr. Sérgio Mário Lins Galdino

Recife
2013

Catálogo na fonte
Elaine Barroso
CRB 1728

Araújo, Breno Caldas de

Difusão de inovações na educação a distância: considerações para a Política Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Sistema de Único de Saúde. / Recife: O Autor, 2013.

71 folhas : il., fig., tab.

Orientadora: Suely Lins Galdino

Coorientador: Sérgio Mário Lins Galdino

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Inovação Terapêutica, 2013.

Inclui referências

- 1. Indústria farmacêutica- inovações tecnológicas 2. Ensino à distância 3. Política pública I. Galdino, Suely Lins (orient.) II. Galdino, Sérgio Mário Lins (coorient.) III. Título**

338.476151

CDD (22.ed.)

UFPE/CCB-2017- 456

BRENO CALDAS DE ARAUJO

**DIFUSÃO DE INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: CONSIDERAÇÕES
PARA A POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica, Área de concentração Fármacos, Medicamentos e Insumos Essenciais para a Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Inovação terapêutica.

Aprovada em: 27/02/2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Mário Lins Galdino
Universidade de Pernambuco

Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Otacílio Antunes Santana
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico a Profa Suely Lins Galdino, a mulher que aos versos da poeta, foi um verdadeiro engenho de senhos.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial à Professora Dra. Suely Galdino, por enxergar um potencial em mim que eu mesmo desconhecia, valorizando e apoiando cada conquista, me orientou dia a dia na construção de projetos inspirados nos ideais de um SUS mais justo e inclusivo.

Ao Professor Sérgio Mário Lins Galdino, pelos dias de discussão, apoio, amparo, pela contribuição de sua visão madura de ciência e método.

Aos meus irmãos científicos Douglas Viana e Tiago Nunes, pelo apoio e parceria em todos os projetos, sem os quais o caminho até aqui teria sido bem mais difícil.

À coordenação do EGAF/EaD por ter autorizado a utilização do espaço virtual e do banco de dados para fins deste trabalho.

Aos alunos da 1ª edição do curso EGAF por terem aceitado participar da pesquisa.

À minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão e a toda minha família, por terem sido o alicerce sólido para minha vida acadêmica.

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele e o
 lance a outro; de um outro galo que
 apanhe o grito que um galo antes e o
lance a outro; e de outros galos que com
muitos outros galos se cruzem os fios de
 sol de seus gritos de galo, para que a
 manhã, desde uma teia tênue, se vá
 tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos, se
erguendo tenda, onde entrem todos, se
 entretendo para todos, no toldo (a
 manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto

RESUMO

O objetivo foi avaliar a aplicabilidade da difusão de inovações no planejamento de inovações na EaD para o setor farmacêutico. As inovações na EaD foram consideradas: a) nas ferramentas de comunicação; b) na seleção de aprendizes e tutores; c) nas atividades pedagógicas; e d) no apoio das instituições. Para compreensão do comportamento de adoção de inovações de gestores do SUS, foram selecionados como sujeitos (amostragem aleatória) participantes do Nordeste do Curso EGAF/EaD realizado pela UNA/SUS e UFSC, criado para formar 2.000 gestores no âmbito do PNDG. Estabeleceram-se cinco hipóteses para esta dissertação: (i) o EGAF/EaD terá um efeito positivo sobre o comportamento de adoção de inovações na EaD; (ii) os participantes perceberão a existência de atributos e barreiras de difusão de inovações no EGAF/EaD; (iii) o grupo amostral estará no estágio 2 (persuasão) do processo de tomada de decisão; (iv) o grupo amostral terá percepção positiva diante dos serviços prestados diretamente pelo SUS e de forma suplementar; e (v) o grupo amostral perceberá que o trabalho tem um efeito negativo sobre sua vida social. A metodologia se baseou em análise documental, entrevistas, observação exploratória dos atores e instituições envolvidas no EGAF/EaD: entrevistas a partir de questionários desenvolvidos para examinar as percepções sobre atributos e barreiras que afetam a difusão de inovações na EaD, bem como a estrutura do sistema social. O questionário foi enviado ao final do curso e a confiabilidade do questionário entrevista foi garantida pelo coeficiente alfa de Cronbach (r). Os participantes, em sua maioria, apresentaram-se no estágio 3 (decisão) na escala de tomada de decisão. Neste estágio os sujeitos já estão bem engajados em atividades relacionadas às inovações, também já percebem de forma clara a existência dos atributos ($r = 0,918$) de difusão de inovações na EaD. A medida de percepção de barreiras também foi válida e confiável ($r = 0,746$), destas, a necessidade de apoio institucional foi a única barreira considerada forte. Por outro lado, as preocupações com a tecnofobia não foram percebidas como barreiras. Conclui-se que as inovações na EaD afetam positivamente as taxas de aprovação de intervenções entre farmacêuticos e suas organizações no sistema único de saúde.

Palavras-chave: Setor farmacêutico. Percepção social. Avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the usefulness of diffusion of innovations in planning innovations in distance education for the pharmaceutical sector. The innovations in distance education were considered: a) the communication tools, b) the selection of learners and tutors; c) in educational activities, and d) support institutions. To foster understanding of the behavior of the pharmacist in SUS, were selected as subjects (random sampling) participants step northeastern EGAF/DE conducted by UNA/SUS and UFSC, created to train 2,000 managers. Settled five hypotheses for this dissertation: (i) the EGAF/DE have a positive effect on the behavior of adoption of innovations in distance education, (ii) participants perceive the existence and attributes of innovations diffusion barriers in EGAF/DE; (iii) the sample group will be on stage 2 (persuasion) of the decision making process, (iv) the sample group will have positive perception on the services provided directly by SUS and supplemental form, and (v) a notice that the sample group work has a negative effect on your social life. The methodology is based on document analysis, interviews, exploratory observation of actors and institutions involved in EGAF/DE: interviews from questionnaires designed to examine perceptions about attributes, barriers that affect the diffusion of innovations in distance education system and social structure. The questionnaire was sent to the end of the course and the reliability of the questionnaire interview was guaranteed by Cronbach's alpha coefficient (r). The participants, mostly showed up in stage 3 (decision) on the scale of decision making. At this stage the subjects are already well engaged in activities related to innovation, has also clearly perceive the existence of attributes ($r = 0.918$) diffusion of innovations in distance education. The measure of perceived barriers was also valid and reliable ($r = 0.746$), these: the need to support the organization's service was the only barrier considered strong. Moreover, concerns over technophobia were not perceived as barriers. It is concluded that innovations in distance education positively affect adoption rates of interventions between pharmacists and their organizations in the national health care system.

Key-words: Pharmaceutical sector. Social perception. Evaluation of public policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A GESTÃO DO SUS.....	13
1.2 INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.....	15
1.3 EAD NO DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DO SUS	19
1.4 OBJETIVOS	23
1.4.1 Objetivo Geral	24
1.4.2 Objetivos Específicos	24
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
2.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA.....	24
2.2 SUJEITOS	24
2.3 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS	29
2.4 INSTRUMENTAÇÃO	29
2.5 VALIDADE E CONFIABILIDADE.....	32
2.6 ANÁLISE DOS DADOS	32
3 ANÁLISE DOS RESULTADOS	36
3.1 ACHADOS RELACIONADOS AO PRIMEIRO OBJETIVO	36
3.1.1 Polo Regional da Etapa Nordeste	36
3.1.2 Gênero	37
3.1.3 Concordância entre cargo/função para o qual foi contratado	37
3.1.4 Acesso a cursos e treinamentos para a atividade que exerce	38
3.1.5 Participação anterior em programa de pós-graduação	39
3.1.6 Acesso a internet rápida nas residências	39
3.2 ACHADOS RELACIONADOS AO SEGUNDO OBJETIVO	40
3.2.1 Fase do processo de tomada de decisão por inovações na EaD	41
3.3 ACHADOS RELACIONADOS AO TERCEIRO OBJETIVO	42
3.3.1 Vantagem relativa percebida	42
3.3.2 Compatibilidade percebida	42
3.3.3 Simplicidade percebida	44
3.3.4 Testabilidade percebida	44
3.3.5 Notoriedade percebida	46
3.4 ACHADOS RELACIONADOS AO QUARTO OBJETIVO	47
3.4.1 Percepção de preocupações com o tempo	48

3.4.2	Percepção de conflitos com a educação tradicional	50
3.4.3	Percepção de necessidade de instrução técnica	51
3.4.4	Percepção de necessidade de apoio da organização do serviço	52
3.4.5	Percepção de preocupações com a infraestrutura de apoio.....	53
3.4.6	Percepção de preocupações relacionadas com tecnofobia.....	54
3.5	ACHADOS RELACIONADOS AO QUINTO OBJETIVO.....	55
3.5.1	Percepção sobre os cinco tipos de serviços prestados pelo SUS	56
3.5.2	Avaliação geral do SUS.....	59
3.5.3	Percepção sobre planos de saúde.....	60
3.5.4	Principal problema dos planos ou seguros de saúde.....	61
3.6	ACHADOS RELACIONADOS AO SEXTO OBJETIVO	61
3.6.1	Desliga-se inteiramente das preocupações do trabalho	62
3.6.2	Além do trabalho o participante possui outro compromisso regular	62
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
4.1	HIPÓTESE UM	64
4.2	HIPÓTESE DOIS.....	65
4.3	HIPÓTESE TRÊS.....	65
4.4	HIPÓTESE QUATRO	66
4.5	HIPÓTESE CINCO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68

1 INTRODUÇÃO

Na série publicada na revista Lancet sobre a saúde do brasileiro (2012) está documentada a expressiva melhora no acesso a serviços e nos níveis de cobertura para boa parte das intervenções em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, mas também é enfatizado que a qualidade dos serviços prestados, está por vezes, abaixo do esperado, como no caso da distribuição gratuita de medicamentos problema que reflete a necessidade de mudança de comportamento de diversos atores: governos, prescritores, dispensadores, consumidores e da própria indústria farmacêutica e se manifestam na falta de infraestrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros ou orçamentários (BARRETO; GUIMARÃES, 2010, p.1908).

O governo federal brasileiro, através de agências de mudança como a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), tem investido em educação a distância para esses profissionais. O atual cenário nacional também apresenta políticas públicas que fomentam ações de educação a distância, com destaque para o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do SUS (PNDG). Mas em que proporção essas ações podem apresentar resultados ótimos aos farmacêuticos e suas organizações no SUS?

Para compreensão do processo de adoção de novos programas educacionais e de novas tecnologias mantém-se atual o questionamento reflexivo de Rogers (2003) sobre quais características deve possuir uma inovação pra que ela seja amplamente adotada por indivíduos e/ou organizações num determinado sistema social, de forma que promova a mudança de comportamento esperada.

Wejnert (2002) e Greenhalgh et al. (2004, 2005) indicaram a difusão de inovações como área relevante para os estudos de mudança no comportamento humano.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a aplicabilidade da difusão de inovações no planejamento de inovações na EaD para o setor farmacêutico no âmbito da atual política nacional de desenvolvimento gerencial do SUS.

Dada a diversidade conceitual para o tema “inovações na EaD” foram consideradas para fins da presente da pesquisa as inovações na ferramentas de comunicação, a seleção de aprendizes e tutores, as atividades pedagógicas e no apoio das instituições.

O conceitual teórico do objeto desta dissertação fornece insights sobre alguns fatores que inibem ou facilitam a adoção de programas de sucesso por indivíduos e organizações (DEARING, 2010).

Em sistemas mais complexos, inovações na educação a distância, apresentam diferenças significativas nos estágios de adoção (ou rejeição) em diferentes sujeitos e organizações (LI, 2004).

A partir da difusão de inovações, esclarece-se como as inovações na educação a distância (EaD) afetam as taxas de aprovação de intervenções (DEARING, 2010), entre farmacêuticos e suas organizações no sistema único de saúde.

Estabelecido o problema teórico foi traçado um modelo estratégico para fornecer respostas aproximativas, que se baseou em pesquisa descritiva e correlacional na natureza, e teve como sujeitos os farmacêuticos do SUS adotantes do “Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD: uma proposta em rede para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS”, doravante aqui denominada “Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD” (EGAF/EaD) realizada por um sistema complexo de instituições, que formam a chamada Universidade Aberta do SUS (UNA/SUS) e coordenado nacionalmente pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o objetivo formar 2.000 gestores da assistência farmacêutica no âmbito do PNDG.

1.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A GESTÃO DO SUS

Na pesquisa sobre a percepção do brasileiro sobre saúde, realizada pelo IPEA em 2011, foi apresentado que o acesso gratuito aos serviços, o atendimento sem pré-conceito (distinção) e a distribuição gratuita de medicamentos são, respectivamente, considerados como os principais pontos positivos do SUS.

No Brasil, o termo “Assistência Farmacêutica” (AF) envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como objetivo de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade sob a ótica da promoção da saúde (NELLY et al. 2003).

Neste contexto, entende-se gestão da assistência farmacêutica como ato qualificado de gerenciamento em busca de melhores resultados através de pessoas, utilizando efetivamente recursos limitados (CHIAVENATO, 2009). Isto é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, de modo a aperfeiçoar os serviços ofertados à população - conceito este introdutório às ciências administrativas modernas e reintroduzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em seus discursos (NELLY et al. 2003).

Em 2009, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial (PNDG) para qualificar profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referências analíticas a complexidade dos processos de gestão, próprios de um sistema de saúde descentralizado no cenário brasileiro e o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde. Desta maneira, o PNDG apoia instituições de ensino superior e outros centros formadores capazes de realizar distintas modalidades de processos de formação para qualificar os profissionais quanto ao exercício da função gerencial, em todos os níveis do SUS (PORTAL SAÚDE, 2009).

A formação de recursos humanos está indissociável do conceito de Assistência Farmacêutica no entendimento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), apresentando-se também como eixo estratégico associado à topologia da rede e em particular na medida em que os agentes interagem em pequenos grupos locais, topologia esta que está associada com a taxa com que uma inovação social se difunde (YOUNG, 2011).

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios:[...]

II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde; [...]

“Art. 2º A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos:

III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

V - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

1.2 INOVAÇÃO NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Atualmente, o processo de ensino e aprendizagem é visto de forma integrada à sociedade-cultura e, deste modo, às suas crenças e valores dominantes em uma determinada época. A escola, o aluno, o professor e o próprio processo de ensino aprendizagem são aspectos importantes que devem ser considerados nas abordagens educacionais. A partir da análise de um problema institucional, regional ou nacional devidamente contextualizado, depara-se com a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções integradas envolvendo diversos atores.

Como destaca o grande pedagogo Moacir Gadotti, tomando por base um pensamento pedagógico brasileiro progressista cujo lastro é representado por Paschoal Lemme, Álvaro Vieira Pinto, Paulo Freire, Rubem Alves, Maurício Tragtenberg e Dermeval Saviani, os quais foram influenciados por renomados pensadores, como aqueles do Pensamento Pedagógico Fenomenológico Existencialista (Buber, Korczak, Gusdorf, Pantillon), do Pensamento Pedagógico Socialista (Marx, Lênin, Makarenko, Gramsci, Suchodolski, Snyders) e do Pensamento Pedagógico Crítico (Bourdieu-Passeron, Baudelot-Establet, Giroux, considerando-se a prática educativa e suas perspectivas, as possibilidades para a construção de novos caminhos capazes de proporcionar esperanças a uma sociedade globalizada e ainda massacrada pela desigualdade, cujo avanço depende da universalização das conquistas culturais e tecnológicas.

Para se pensar a educação do futuro, na era atual, a virtualidade implica em todo um debate atual sobre educação a distância e o uso de computadores. Neste sentido, as capacitações profissionais não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos.

A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde no mundo globalizado, o qual remete ao poder local e global fundido numa mesma realidade.

Há hoje amplo reconhecimento de que significativas inovações produtivas, sociais e organizacionais estão em curso, em grande medida relacionadas às

transformações e difusão das tecnologias da informação e comunicação (TIC) nas últimas décadas, colocando em cena novas questões, atores e práticas no cenário informacional e exigindo novos aportes de pesquisa para seu entendimento.

Na definição conceitual de Vieira (1996), a educação a distância:

[...] Aplica-se ao conjunto de métodos, técnicas e recursos, postos a disposição de populações estudantis dotadas de um mínimo de maturidade e de motivação suficiente, para que em regime de autoaprendizagem, possam adquirir, conhecimentos ou qualificações a qualquer nível.

Todavia, como garantir uma maior equidade neste conjunto de métodos, técnicas e recursos? Muitos trabalhos de EaD ainda se desenvolvem sob o modelo que se preocupa principalmente em adaptar o conteúdo online ao próprio ritmo (*self-paced*) do aluno, menosprezando o potencial da inteligência artificial para reconstruir o mundo real que o aluno trabalha, deixando de promover novas formas de interação.

Segundo o Anuário Brasileiro Estatístico de Educação Aberta e a Distância (2008), um em cada 73 brasileiros participa de cursos a distância. O mesmo levantamento relatou que mais de 2,5 milhões de brasileiros estudaram em cursos com metodologias a distância.

A consolidação da EaD no país teve um grande impulso a partir de investimentos oriundos do Ministério da Educação, no âmbito da criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB), em 2005. Outro aporte de investimentos consideráveis para a qualificação de profissionais de saúde adveio da criação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Instituída em 2008, a UNA-SUS é resultante da ação conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da OPAS, com vistas à criação de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde para atender às necessidades de formação e educação permanente do SUS (LAGUARDIA, 2010).

De modo inovador e pioneiro, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), representada pelo Departamento de Ciências Farmacêuticas propôs à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) a execução do curso Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica na modalidade Educação a Distância (EGAF/EaD). Sua meta foi de formar 2000 gestores no âmbito

do SUS, atendendo às várias políticas públicas de saúde, com destaque à Política Nacional de Desenvolvimento Gerencial do SUS, sob responsabilidade fomentadora da SGTES. A UNA-SUS alia nessa proposta tecnologias da informação e comunicação com um sistema institucional de arranjo específico com mais de 30 instituições envolvidas, inclusive representada, em Pernambuco, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Neste contexto, é imprescindível avaliar o processo de planejamento de inovações na EaD para o setor farmacêutico do SUS. Além de acompanhamento avaliativo dos esforços do EGAF/EaD, considerado o maior programa educacional brasileiro para o setor farmacêutico, a pesquisa pretendeu dar respostas mais concretas à questão: como planejar inovações na EaD para o setor farmacêutico do SUS?

A teoria da difusão de inovações de Everett Rogers (2003), reconhecida no campo das inovações, tem contribuído para compreensão de como as pessoas reagem às mudanças e como as pessoas evoluem ao longo do tempo. O maior desafio a ser superado no processo das inovações é o tempo de adoção. A partir da correlação dos dados obtidos na pesquisa empírica com o modelo teórico, foram sugeridas estratégias para reduzir o tempo de adoção e aumentar o número de adotantes de inovações na EaD, relativas ao setor farmacêutico do SUS.

Para complementar a reflexão sobre a influência do sistema social sobre a difusão de inovações, utilizamos a Teoria da Estruturação de Giddens (2003) e a Teoria do Sistema de Ensino de Bourdieu (1975), que tratam de práticas sociais (coletividade). Assim, pressupõe-se que o processo de adoção de inovações deve ser coletivo quanto à tomada de decisões, levando em consideração os elementos estruturais que fazem parte da prática social.

A utilização de ferramentas tradicionais de desenvolvimento de intervenções não é suficiente para o amplo projeto de mudanças de práticas no SUS. Não ser suficiente não corresponde a não merecer investimento, mas sim, que se deve ter consciência da multiplicidade de fatores envolvidos para gerar essas práticas e entender, como ensina Anthony Giddens, que os agentes humanos podem ou não gerar mudanças, mas que elas somente ocorrerão a partir de reflexão e estratégias de mobilização de recursos humanos e financeiros (O'DWYER; MATTOS, 2010).

Os conceitos de difusão de inovação podem ser operacionalizado em projetos para afetar a taxa de adoção da mesma, diminuindo assim a sua propagação ou, mais comumente, acelerando-a (DEARING, 2009).

A difusão de inovações é um dos elementos das teorias de comunicação de massa que tem sido usada para estudar a forma como a inovação é adotada em determinado sistema social. Entre os principais estudos sobre o referido modelo encontra-se as análises pioneiras de Ryan e Gross (1943) sobre a adoção de sementes de milho híbrido por agricultores norte-americanos, promoveu uma explosão paradigmática que contribuiu pra compreensão da difusão de inovações nos indivíduos e nas organizações. A difusão de inovações, com sua implicação prática na adoção de inovações tecnológicas, pode ser utilizada como modelo teórico para compreender como os sujeitos adotam inovações na educação a distância e as integram em seu ambiente de aprendizagem (LIAO, 2005).

Rogers (2003), em sua síntese de estudos sugere que entre os atributos das inovações, a compatibilidade, a vantagem relativa e a simplicidade possuem grande potencial para estimular sua adoção, e que normas do sistema e das instituições são responsáveis por considerável variância nas decisões de adoção. As outras duas categorias de atributos que o autor distingue (notoriedade e testabilidade) não está facilmente identificável em todos os tipos de inovação, a ponto de implicar adoção. Entretanto, parece relevante compreender que a testabilidade deve ser especialmente importante para inovações complexas com muitas etapas do processo; quanto às inovações que incorporam um alto grau de ambiguidade ou conhecimento tácito em sua operação, a visibilidade da inovação no processo e nos resultados deve ser especialmente importante (DEARING, 2009). Giddens (1984) afirma que, em toda relação social, existe uma dialética de controle envolvendo o acesso assimétrico aos meios (recursos) e a manipulação desses meios – pelos quais os agentes influenciam o comportamento uns dos outros (COHEN, 1996).

Rogers (2003) se interessou em saber como a difusão acontece dentro de um sistema social, pois a estrutura social do sistema afeta (positiva ou negativamente) a difusão da inovação. Daí a necessidade de conhecer as estruturas sociais nas quais estão localizados os adotantes da inovação, necessidade que se resume basicamente em apropriar desse conhecimento local, ou seja, conhecer as práticas existentes, as potencialidades a dificuldades, e a necessidade de inovação para saber quais medidas de persuasão em prol das inovações (GOMES, 2007). Ao

analisar relações sociais, deve-se reconhecer tanto uma dimensão sintagmática (a padronização de relações sociais no tempo-espaco envolvendo a reprodução de praticas localizada), quanto uma dimensão paradigmática - envolvendo uma ordem virtual de "modos de estruturação" recursivamente implicados em tal reprodução (GIDDENS, 2003).

1.3 EAD NO DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DO SUS

Como difundir de maneira eficiente tecnologias da informação e comunicação na formação de recursos humanos na área de gestão da assistência farmacêutica no SUS?

Questionamento trazido pelo cenário atual de necessidade de reestruturação das organizações farmacêuticas, nesse sentido o plano estratégico para alcançar uma resposta aproximada teve início na construção de um marco histórico-legal, para melhor compressão do papel das instituições públicas, bem como com sua relação com políticas públicas.

A difusão de uma inovação tecnológica no ambiente público requer um esforço de gestão em diferentes organizações públicas e privadas. Nesse capítulo inicial a discussão será em torno de duas das muitas questões intermediárias que surgiram nessa busca: "Como reproduzir socialmente esse sistema de difusão de inovação tecnológica?" e "Como harmonizar os atores do objeto da pesquisa empírica com os elementos da teoria da difusão da inovação?".

A estrutura do Sistema Único de Saúde começa a ter alicerce na Constituição de 1988, fruto das demandas de uma sociedade democrática, que direcionaram muitos anos de discussões das sociedades civis organizadas; estas almejavam políticas públicas que normatizassem esse SUS e o direcionamento das transformações provocadas por esses mecanismos de coerção estrutural às ações públicas e privadas (de forma complementar) relacionadas à saúde pública do Brasil. Isso incluía definir e atribuir responsabilidades a todas as esferas de governo, caminhando para um modelo de descentralização organizacional desse sistema, diferente do modelo daquele momento de gestão centralizada (em Brasília) e distante das necessidades de saúde dos brasileiros em diferentes regiões, em um país de dimensões continentais. O modelo anterior impunha a seus gestores

limitações temporais e geográficas incompatíveis com a realização de práticas de gestão eficiente.

Os incisos III e IV do artigo 200 da Constituição de 1988 atribuem ao SUS competência para ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde, incluindo ainda o respectivo desenvolvimento tecnológico e científico. Sem restringir as responsabilidades do Ministério da Educação, surge um direcionamento para os debates sociais sobre o papel do Ministério da Saúde na formação desses recursos humanos, que interferem diretamente na situação da saúde pública do país.

Após a promulgação da Constituição, foram necessários dois anos de intenso debate das sociedades civis organizadas até que fossem promulgadas as coerções estruturais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, uma das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (juntamente com a Lei nº 8.142), abriga no campo de atuação do SUS a execução de ações na assistência terapêutica integral, incluindo no texto a assistência farmacêutica; define a participação da União na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. O SUS ganha definição estrutural como conjunto de ações e serviços de saúde realizados por instituições públicas municipais, estaduais e federal da administração direta e indireta, incluindo também a esse sistema, de forma complementar, a iniciativa privada. São criadas as comissões intersetoriais e estas são responsabilizadas pela articulação de políticas e programas, especialmente em seis atividades enumeradas em seu texto: 1 - alimentação e nutrição; 2 - saneamento e meio-ambiente; 3 - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; 4 - recursos humanos; 5 - ciência e tecnologia e 6 - saúde do trabalhador.

A formação de recursos humanos (incluída a pós-graduação) passa então a possuir agências/agentes de mudança (comissões intersetoriais) claramente definidas em texto normativo (mecanismo de coerção estrutural ao SUS). A coerção estrutural determinou, ainda, a criação de Comissões Permanentes de integração entre serviços de saúde e instituições de ensino, cabendo a cada Comissão a proposição de metodologias e articulações (incluindo relações de pesquisa e cooperação técnica), em sua respectiva esfera de competência, para educação continuada dos recursos humanos do SUS.

A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é a responsável pela instituição da Conferência e do Conselho Nacional de Saúde que, provavelmente, são os mais

eficientes mecanismos de controle social do SUS. Eles são compostos por representantes de vários segmentos da sociedade, representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação e discussão de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder em cada esfera do governo. O Conselho possui regulamento próprio. Dispõe também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1996, propôs a elaboração de uma Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB/RH-SUS).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, teve como tema “Humanização e Acesso”. Os recursos humanos ganham um espaço notável nas discussões; dentre tantas outras, destacamos aqui uma das constatações: “Se, de um lado, os profissionais de saúde não são responsáveis pelo caos em que se encontra o SUS, por outro, a população é punida pela política de recursos humanos vigente”.

A resolução que instituiu a NOB/RH-SUS foi publicada pelo Conselho Nacional de Saúde após três anos. Trouxe, entre muitas contribuições, o Plano de Cargos e Carreiras, incentivando a complementação profissional de seus recursos humanos.

A criação da SGTES, no mesmo ano, favoreceu a formulação articulada de políticas de formação e educação permanente para os trabalhadores. Foram necessários 15 anos de intensos debates sobre a situação da educação e do trabalho na saúde para que, em junho de 2003, fosse tomada a decisão política de criar na estrutura do Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a missão de articular e construir políticas permanentes para a área junto com o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, trabalhadores, instituições formadoras, docentes, estudantes, movimentos sociais e conselhos de saúde.

Em 9 de junho de 2003, com a publicação do decreto presidencial nº 4.726, o MS passou a se organizar de forma bem diferente. Além da SGTES, foram criadas

as secretarias de Atenção à Saúde, de Vigilância em Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão Participativa. Desde outubro de 2010 existe ainda a Secretaria Especial de Saúde Indígena.

A Resolução n° 338, de 06 de maio de 2004, cria a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Em seu primeiro artigo, a Assistência Farmacêutica é definida como política pública orientadora de formulação de políticas setoriais, destacando a política de formação de recursos humanos ao lado das políticas de medicamentos, ciência e tecnologia e desenvolvimento industrial. Em seu segundo artigo, define os eixos estratégicos da Assistência Farmacêutica: I - qualificação dos serviços, em articulação com gestores municipal nos diferentes níveis de atenção e II - recursos humanos (precedido no texto normativo por desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação).

A Portaria n° 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto - Princípios e diretrizes propostos no Pacto da Saúde. Contempla ainda o compromisso firmado entre três esferas de governo nas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

A Portaria n° 698/GM de 30 de março de 2006 define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. A publicação da Portaria 698/2006, juntamente com os demais encaminhamentos, define que o SUS deverá se constituir em um elemento fomentador para as transformações da assistência farmacêutica. Transformações que, como demonstra a história, são processos construídos pelo conjunto de atores envolvidos, pelas relações e responsabilidades assumidas e compartilhadas. São criados os blocos de financiamento da: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; e V - Gestão do SUS. O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica. O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS se destina ao fortalecimento da gestão do Sistema para o custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Os

recursos federais que integram o Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS serão constituídos de 13 componentes. Dentre estes, convém destacar quatro: Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Participação do Controle Social; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica.

A Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A Portaria nº 1.311, de 27 de maio de 2010, instituiu o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde – PNDG. Apresenta, entre outras diretrizes: a orientação pelos princípios e práticas da gestão democrática e participativa; o fortalecimento da capacidade de desenvolver novos conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais centrados nas necessidades e demandas dos usuários; o estabelecimento de parcerias com os gestores do SUS quanto aos processos de formação adequados às diversas realidades locais, regionais e estaduais, bem como em relação ao nível instrucional do profissional de saúde a ser atingido pelo PNDG; e o estabelecimento de instrumentos de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de educação superior da área de saúde, visando à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde a ser atingido pela SUS. Define ainda a funcional programática de recursos orçamentários destinados pelo MS a atender ao PNDG no SUS.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar a aplicabilidade da difusão de inovações no planejamento de inovações na EaD para o setor farmacêutico no âmbito da atual política nacional de desenvolvimento gerencial do SUS

1.4.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do trabalho correspondem às ações desenvolvidas para atingir o objetivo geral:

- a) Descrever os farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD pelas características pessoais selecionadas;
- b) Descrever o setor farmacêutico do SUS pela sua fase atual no processo de decisão por inovações relacionada com EaD (conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação).
- c) Descrever os farmacêuticos do SUS inscritos no EGAF/EaD de acordo com suas percepções sobre atributos de difusão de inovações na EaD (vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade).
- d) Descrever o setor farmacêutico do SUS participante do programa EGAF/EaD de acordo com suas percepções sobre barreiras para a difusão de inovações na EaD (preocupação com o tempo, conflito com a educação tradicional, instrução técnica, apoio da organização do serviço, infraestrutura de apoio e tecnofobia).
- e) Configurar o sistema social de farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre serviços prestados por este Sistema e incluiu, também, planos e seguros privados de saúde.
- f) Configurar o sistema social de farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre trabalho e tempo livre.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para o objetivo do estudo, as “inovações na EaD” foram consideradas em quatro aspectos principais: o das ferramentas de comunicação, da seleção de aprendizes e tutores, nas atividades pedagógicas e no apoio das instituições. A adoção de inovações foi entendida como o processo mental desde que o sujeito toma conhecimento da inovação até sua decisão final de adoção. Para alcançar o objetivos deste trabalho foram estabelecidas cinco hipóteses:

Hipótese 1 - O EGAF terá um efeito positivo sobre o comportamento de adoção de inovações na EaD.

Hipótese 2 - Os participantes percebem atributos e barreiras de difusão de inovações no EGAF/EaD.

Hipótese 3 - O grupo amostral estará no estágio de persuasão do processo de decisão, em que já se reconhece a possibilidade de melhoria dos serviços no SUS, mas com certo grau de incerteza sobre as consequências das inovações. na EaD sobre o setor farmacêutico do SUS.

Hipótese 4 - O grupo amostral terá percepção positiva diante dos serviços prestados diretamente pelo SUS e pelos serviços suplementares.

Hipótese 5 - O grupo amostral perceberá que o trabalho tem um efeito negativo sobre sua vida social.

2.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA

A dissertação resultante deste estudo, descritiva e correlacional com a natureza, baseia-se em análise documental, entrevistas, observação exploratória dos atores e instituições envolvidas no EGAF/EaD:

(i) Entrevistas a partir de questionários desenvolvidos para examinar as percepções sobre atributos, barreiras que afetam a difusão de inovações na EaD e estrutura do sistema social.

Figura 1- Tela de entrada das salas de discussão dos grupos, restrita aos participantes do curso.



Fonte: UFSC/UNA-SUS (2010).

Nota: Acesso ao ambiente online e divulgação das imagens para fins da pesquisa autorizado pela coordenação nacional UFSC/UNA-SUS.

(ii) Observação exploratória do Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA) e relatórios de atividades presenciais, para identificação das inovações nas tecnologias e no processo de ensino-aprendizagem.

Figura 2- Discussão presencial conduzida pelo tutor de referência do grupo V do polo Recife no ambiente virtual.



Fonte: Elaboração própria (2011).

O questionário de entrevista apresenta: (i) o processo de decisão por inovação-decisão; (ii) a percepção do grupo amostral quanto aos cinco atributos de inovações na EaD (vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade); (iii) a percepção dos participantes sobre seis barreiras à difusão de inovações na EaD (preocupações com o tempo, conflitos com a educação tradicional, instrução técnica, apoio da organização do serviço, infraestrutura de apoio e tecnofobia); (iv) as características pessoais selecionadas (polo de vínculo ao curso, sexo, se a atividade atual está de acordo com o contrato de trabalho, participação em cursos e treinamentos no último ano, grau acadêmico e acesso a internet rápida); e (v) Estruturação do sistema social a partir da percepção dos participantes sobre saúde, trabalho e tempo livre.

2.2 SUJEITOS

EGAF/EaD é o maior programa educacional brasileiro para o setor farmacêutico, área na qual não apenas o estado de Pernambuco apresenta déficit, mas a Região Nordeste como um todo.

Figura 3- Salas Café com o Nordeste: espaço para grupos de discussão interajam com diferentes polos presenciais da etapa Nordeste.



Tópico	Autor	Comentários	Última mensagem
Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde	Maisa Cavalcanti Pereira	1	Eunice Ramos de Silva (201013228) Sex, 05 Nov 2012, 05:13
TCC	Elen Cristianne Vieira Dantas (201014002)	0	Elen Cristianne Vieira Dantas (201014002) Ter, 28 Ago 2012, 09:58
APROVAÇÃO CONGRESSO	Debora Kelly Santos de Oliveira (201013364)	2	Geizilda Aguiar Coelho de Moura (201013245) Sex, 17 Ago 2012, 06:56
Com a palavra a coordenação... Dificuldades Apresentação TCC (Pernambuco não?)	Geizilda Aguiar Coelho de Moura (201013240)	3	Regina Coeli Castro Jansen (201013300) Sáb, 11 Ago 2012, 21:30
Prêmio Jayme Torres de Farmácia 2012	Edison Vieira de Melo Junior (201013219)	0	Edison Vieira de Melo Junior (201013219) Dom, 5 Ago 2012, 23:39
Resultado final	Flavio Junqueira Dutra (201013412)	1	Fernando Manzan Qui, 2 Ago 2012, 18:04
Notícias	Rouseli Gonçalves de Menezes (201013533)	0	Rouseli Gonçalves de Menezes (201013533) Seg, 16 Jul 2012, 18:32
Certificado e relação dos aprovados	Maria Guadalupe Sales Barbosa (201013287)	1	Mariuca Lima Lopes Soares Aires (201013948) Sex, 13 Jul 2012, 07:52
Endereço de envio do TCC	Ricardo Oliveira Lima (201013315)	3	Ricardo Oliveira Lima (201013315) Sáb, 30 Jun 2012, 20:22
TCC com prazos prorrogados	Fernanda Bertazzoli Albieri (201013235)	3	Fabiola Bogaeski Buendgens Sáb, 30 Jun 2012, 18:25
envio de tcc para o endereço da coordenação regional	Alara dos Reis Lima (201013344)	0	Alara dos Reis Lima (201013344) Sáb, 23 Jun 2012, 13:14
Entrega do TCC	Rafaela Duarte Moreira (201013306)	2	Fabiola Bogaeski Buendgens Sex, 22 Jun 2012, 13:03
1o. Congresso da Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas	Maisa Cavalcanti Pereira	0	Maisa Cavalcanti Pereira Sáb, 7 Jun 2012, 23:00
Fiz a atividade avaliativa não ainda estou sem nota.	Adelmo Lima Meneses Junior (201013342)	0	Adelmo Lima Meneses Junior (201013342) Sex, 25 Mai 2012, 14:51

Fonte: UFSC/UNA-SUS (2011).

O curso EGAF-EaD teve como objetivo especializar 2000 farmacêuticos no Brasil, atuantes no serviço público de saúde. De forma capilar, na modalidade a

distância, este curso visa qualificar a organização da AF no âmbito do SUS e, desse modo, contribuir para garantia do acesso e uso racional de medicamentos no país. Das 625 vagas para a Região Nordeste, 185 serão destinadas ao estado de Pernambuco.

Figura 4- Público presente na cerimônia de abertura do curso EGAF/EaD no Polo presencial Recife.

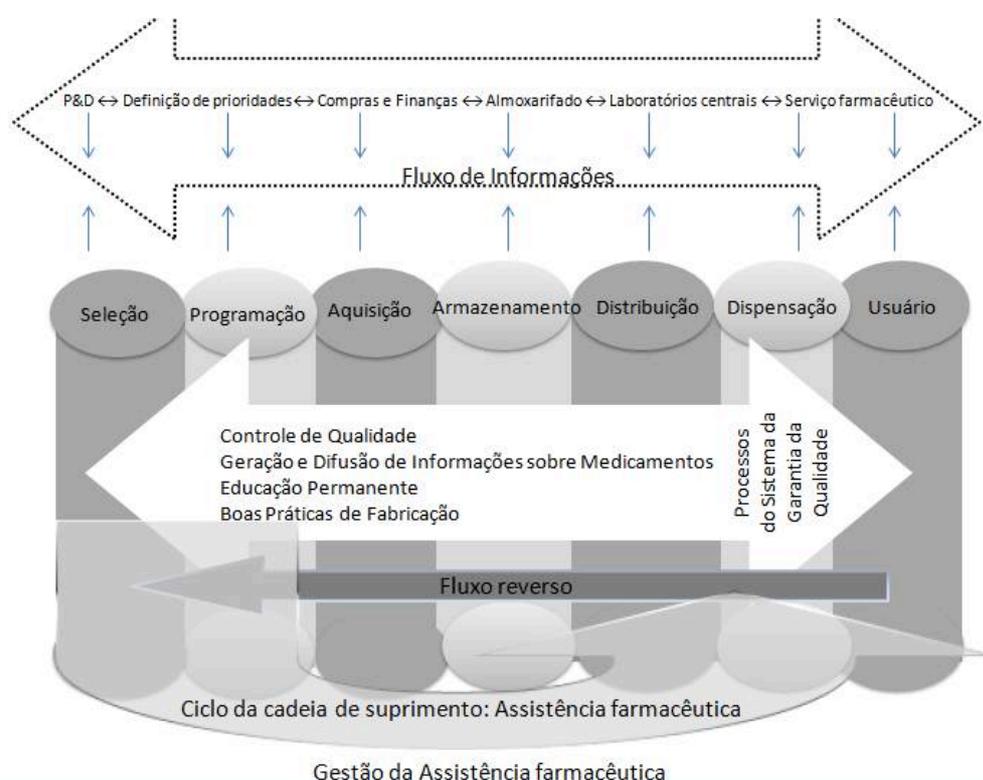


Fonte: Elaboração própria (2011).

A oferta de vagas para as outras regiões do país são: Sudeste: 600 vagas; Sul: 400 vagas; Norte/Centro-Oeste: 375 vagas (<http://unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica/>).

AF reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e seu uso racional. Tais ações consistem em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Figura 5- Cadeia de suprimentos da gestão da assistência farmacêutica: dinâmica, escopo e funções propostas pela PNAF.



Fonte: Adaptado do modelo para gestão de cadeias de suprimentos logísticos de Lambert e Cooper (2000).

2.3 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A população da presente pesquisa foi constituída de alunos que iniciaram o curso de especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica, etapa Nordeste (N = 625), realizado pela UFSC e UNA-SUS. Foi utilizada amostragem aleatória e estratificada (GALL, GALL & BORG, 2003).

2.4 INSTRUMENTAÇÃO

O instrumento de pesquisa (Apêndice B) consistiu em um questionário de cinco partes, projetado com base na revisão de literatura (BERGE, 1999; MOORE & BENBASAT, 1991; ROGERS, 2003). O questionário teve suas primeiras quatro partes adaptadas a partir do questionário da pesquisa de Yan Li (2004) sobre a percepção dos impactos de atributos e barreiras para difusão da EaD nas

universidades agrícolas chinesas. A quinta e última parte do questionário foi adaptada do Sistema Integrado de Percepção Social (SIPS) do IPEA, especificamente das pesquisas de percepção dos brasileiros sobre saúde (2011), trabalho e tempo livre (2012) conforme Quadro 1.

A primeira parte do instrumento foi concebido para identificar a atual fase dos participantes no processo de tomada de decisão por inovações na EaD. O modelo do processo de tomada de decisão por inovações de Rogers (2003) foi adaptado para este fim. Cinco etapas do processo de decisão por inovações na EaD foram consideradas: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação. Os participantes foram solicitados a indicar as suas atitudes em relação à declaração: “Inovações na EAD atendem às necessidades de formação e educação permanente do SUS”, escolhendo entre as opções “concordo”, “discordo”, ou “não tenho certeza”.

Quadro 1: Divisão do questionário de percepção em cinco partes

PARTE I: ESTÁGIO DE DECISÃO POR INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
Classificar os participantes do EGAF/EAD nas categorias: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação.
PARTE II: ATRIBUTOS PARA DIFUSÃO DE INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
Apresentar uma lista de atributos que podem influenciar o impacto de inovações na EAD. Cada atributo é representado por quatro itens.
PARTE III – BARREIRAS PARA DIFUSÃO DE INOVAÇÕES NA EAD
Listar barreiras que podem influenciar o impacto de inovações na EAD, indicando a opinião dos adotantes sobre as barreiras que acreditam comprometer o desenvolvimento de inovações na EAD, representada por quatro itens.
PARTE IV - CARACTERÍSTICAS PESSOAIS
Características selecionadas (Apêndice B)
PARTE V – SISTEMA SOCIAL
O sistema social dos participantes do EGAF/EAD será apresentado a partir de sua percepção sobre saúde, trabalho e tempo livre. As questões a seguir foram identificadas em formulários de pesquisa domiciliar do Sistema de Percepção Social do IPEA, utilizadas em pesquisas nacionais sobre a percepção de saúde, trabalho e tempo livre do brasileiro.

Fonte: Adaptado dos questionários das pesquisas: difusão da EaD em universidades chinesas (Yan Li, 2004) e sobre a percepção de saúde (IPEA, 2010), trabalho e tempo livre do brasileiro (IPEA, 2011).

A segunda parte foi concebida para medir a opinião dos participantes sobre atributos quanto à difusão de inovações. Atributos de inovação (vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade) foram utilizados como base teórica para o instrumento (ROGERS, 2003). Como base instrumental, as técnicas de Moore e Benbasat (1991) dos principais atributos de inovação foram

utilizadas e modificadas. Os participantes foram convidados a indicar as suas percepções sobre os cinco atributos de inovações na EaD por responder a uma série de declarações em uma escala de cinco pontos, do tipo Likert. Os pontos da escala foram: 1 = Discordo Fortemente; 2 = Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo e 5 = Concordo Fortemente. O nível de mensuração para essas variáveis foi intervalar.

A terceira parte do instrumento foi projetada para medir as percepções sobre barreiras para a difusão de inovações na EaD. Com base no estudo de Berge (1999) sobre barreiras para EaD, foram resumidos seis como os principais obstáculos para difusão de inovações na EaD. Essas barreiras incluem: preocupação com o tempo, conflitos com a educação tradicional, instrução técnica, apoio da organização do serviço, infraestrutura de apoio e tecnofobia. Os participantes foram solicitados a indicar suas percepções sobre as seis barreiras respondendo a uma série de declarações, em uma escala de cinco pontos do tipo Likert. Os pontos da escala foram: 1 = sem barreira, 2 = barreira fraca, 3 = barreira moderada, 4 = forte barreira, e 5 = muito forte barreira. O nível de medição para estas variáveis foi intervalar.

A quarta parte do instrumento foi planejada com a base teórica para este fim. Foi requerido dos participantes que identificassem o polo regional para encontros presenciais escolhido no momento da matrícula, entre as opções: “Natal”, “Recife”, “Salvador”, “São Luis”, “Teresina” e “Vitória da Conquista”. O sexo foi categorizado como “masculino” ou “feminino”. O nível de medida para gênero foi nominal. Se a atividade atual está de acordo com o cargo/função para o qual foi contratado, também foi classificado de forma nominal como “sim” ou “não”. Participação em cursos e/ou treinamentos no último ano foi classificado com “sim” ou “não” (nominal). Ter concluído outra pós-graduação foi medido com “sim” ou “não”, sendo o nível de medição nominal. Igualmente, possuir internet rápida na residência foi medido nominalmente, com “sim” ou “não”.

As questões da quinta parte do questionário foram adaptadas do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com a finalidade de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos oferecidos em diversas áreas, tais como trabalho, educação, cultura, saúde, justiça, segurança, mobilidade, entre outras.

Para as questões específicas do sistema social do estudo, foram utilizadas questões de percepção social de saúde (Sessão I), trabalho e tempo livre (Sessão II): i) Percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS: atendimento em

centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos; ii) Avaliação geral sobre o SUS; iii) Avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde. A Sessão II da Parte 5 do questionário analisa: i) se, após o período de trabalho, o entrevistado consegue desligar-se inteiramente das preocupações próprias deste (ou se, ao contrário, tem de permanecer de sobreaviso, conectado a dispositivos de comunicação da empresa etc.); ii) se, para além de seu trabalho, o entrevistado realiza outras atividades regulares em seu cotidiano (atividades educacionais, esportivas, religiosas, sindicais, políticas etc); iii) qual o tempo semanalmente dedicado a essas atividades extratrabalho – e se este tempo vem se reduzindo por conta do trabalho; iv) se o tempo dedicado ao trabalho compromete a qualidade de vida do entrevistado (ao gerar cansaço, estresse e desmotivação, ao prejudicar as relações familiares e as relações de amizade, ao inviabilizar as atividades esportivas, educacionais etc.); v) como o entrevistado se sente quando é solicitado a utilizar seu tempo livre para realizar atividades próprias do trabalho (se o sentimento é positivo ou negativo) e vi) se o entrevistado pensa em trocar de ocupação por causa do tempo despendido em seu trabalho.

2.5 VALIDADE E CONFIABILIDADE

A revisão de especialistas sobre o instrumento para o conteúdo e validade de face interna foi controlada por validade e erros de medição. Texto e ajuste do instrumento foram feitos com base em feedbacks de painéis estatísticos.

Respostas de farmacêuticos do SUS participantes do EGAF/EaD foram utilizadas para testar a confiabilidade usando Cronbach Alpha.

2.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados através de questionários eletrônicos enviados para as caixas de e-mail de alunos inscritos na “Etapa Nordeste” do EGAF-EaD. A partir de 08 de setembro 2012, o questionário eletrônico - juntamente com uma carta de apresentação (Anexo A) - foi enviado à amostra de inscritos selecionada aleatoriamente. A amostra foi de 190 inscritos que iniciaram o curso. Os

participantes foram convidados a preencher o questionário eletrônico em seu tempo livre, e o pesquisador recebia em sua caixa de e-mail logo depois que eles acabavam de respondê-lo. Através da carta de apresentação (Anexo A), os participantes foram informados sobre a garantia de sigilo absoluto de seu nome, bem como de suas respostas. O tempo previsto para responder todo o questionário foi estimado em 15 minutos.

Os questionários foram codificados para análise conveniente. Os que não responderam foram lembrados após sete dias. A coleta de dados cessou em 19 de setembro de 2012, obtendo um total de 98 questionários respondidos. Dos inquéritos devolvidos, dois estavam incompletos, resultando em uma taxa de resposta de utilização de 97,95% (n = 96) para o estudo.

Comparando-se as primeiras respostas versus as tardias para a declaração “Inovações na EAD atendem às necessidades de formação e educação permanente do SUS”, fase do processo de decisão por inovações na EaD, percepção dos inscritos sobre atributos de difusão de inovações na EaD e percepções sobre barreiras para a difusão de inovações na EaD, nenhuma diferença significativa foi encontrada, o que significa que os resultados do estudo podem ser generalizados para a população-alvo (LINDNER, MURPHY, & BRIERS, 2001)

Os dados coletados foram analisados por meio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS, 19.0). O alfa para todos os procedimentos estatísticos foi definido, a priori, como 0,05.

Objetivo 1: O primeiro objetivo foi descrever os farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD pelas características pessoais selecionadas.

As variáveis das características pessoais dos farmacêuticos do SUS inscritos no EGAF/EaD foram: polo de vínculo ao curso, sexo, atividade atual de acordo com o cargo/função para o qual foi contratado, participação em cursos/treinamentos no último ano, se fez outra pós-graduação e se possui internet rápida na residência; foram analisados e descritos por percentagens por nível de resposta.

Objetivo 2: O segundo objetivo foi descrever o setor farmacêutico do SUS pela sua fase atual no processo de decisão por inovações relacionada com EaD (conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação). A variável “fase do processo de decisão por inovações na EaD” foi analisada e descrita pelo percentuais por nível de resposta.

Objetivo 3: O terceiro objetivo foi descrever os farmacêuticos do SUS inscritos no EGAF/EaD de acordo com suas percepções sobre atributos de difusão de inovações na EaD (vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade). As variáveis de percepção de adotantes sobre atributos de inovações na EaD foram analisadas e descritas por cálculos cumulativos. Declarações separadas foram somadas e a sua média foi utilizada na análise, numa tentativa de aumentar a confiabilidade da medição (HAIR, ANDERSON, TATHAM, & BLACK, 1998).

As variáveis percepções dos inscritos no EGAF/EaD sobre atributos de inovações na EaD (vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade) foram analisadas e descritas por meio de porcentagens por nível de resposta. Interpretações das percepções dos discentes do EGAF/EaD sobre atributos de difusão de inovações foram baseadas em escalas: 1 = discordo fortemente, 2 = discordo; 3 = neutro; 4 = concordo e .5 = concordo fortemente.

Objetivo 4: O quarto objetivo foi descrever o setor farmacêutico do SUS participante do programa EGAF/EaD de acordo com suas percepções sobre barreiras para a difusão de inovações na EaD (preocupação com o tempo, conflito com a educação tradicional, instrução técnica, apoio da organização do serviço, infraestrutura de apoio e tecnofobia). As variáveis de percepções do setor farmacêutico do SUS sobre as barreiras à difusão de inovações na EaD foram analisadas e descritas por cálculos cumulativos; declarações foram somadas e a sua média foi utilizado na análise, numa tentativa de aumentar a confiabilidade da medição (HAIR, NADERSON, TATHAM, & BLACK, 1998).

As variáveis de percepção do setor farmacêutico do SUS sobre as barreiras à difusão de inovações na EaD foram analisadas e descritas por cálculo de frequências e porcentagens por nível de resposta. Interpretações para percepções dos alunos sobre barreiras para a difusão de inovações na EaD foram baseadas em escalas: 1 = sem barreira; 2 = barreira fraca; 3 = barreira moderada; 4 = barreira forte, e 5 barreira muito forte.

Objetivo 5: O quinto objetivo foi configurar o sistema social de farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre serviços prestados por este Sistema e incluiu, também, planos e seguros privados de saúde.

As variáveis contemplaram os seguintes temas: (i) Percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS: atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos; (ii) Avaliação geral sobre o SUS; (iii) Avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde.

Objetivo 6: O sexto objetivo foi configurar o sistema social de farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre trabalho e tempo livre.

As variáveis versaram sobre o trabalho dos participantes, especificamente sobre o tempo cotidianamente gasto no trabalho e sobre seus impactos na vida social.

3 RESULTADOS

3.1 RESULTADOS RELACIONADOS AO PRIMEIRO OBJETIVO

Foram descritas as características pessoais selecionadas para contribuir como a compreensão do comportamento adotivo de inovações dos sujeitos ao final do EGAF/EaD.

3.1.1 Polo regional da etapa Nordeste

O polo foi o local para onde o especializando se deslocou para os três encontros presenciais previstos no Curso. Este polo também foi o local de referência do tutor que acompanhou as atividades do participante, para ilustrar a identidade dos polos, conforme Figura 6 com os participantes do polo São Luiz em encontro presencial.

Figura 6 – Participantes no primeiro encontro presencial do polo São Luiz.



Fonte: UFSC/UNA-SUS (2012).

Os participantes (N = 98) de seis diferentes polos regionais da etapa Nordeste foram selecionados aleatoriamente para participar do estudo. O Quadro 2 demonstra a distribuição de farmacêuticos do SUS inscritos no EGAF/EaD por polo regional de vínculo ao curso, que é indicado por território.

Quadro 2: Distribuição dos participantes por polo presencial

		Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Percentual válido (%)
Válidos	Natal	21	21,4	21,6
	Recife	24	24,5	24,7
	Salvador	21	21,4	21,6
	São Luiz	13	13,3	13,4
	Teresina	7	7,1	7,2
	Vitória da conquista	11	11,2	11,3
	Total	97	99,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,0	
Total		98	100,0	

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.1.2 Gênero

O sexo foi categorizado como “masculino” ou “feminino”. O nível de medida para gênero foi nominal. O Quadro 3 demonstra a distribuição de estudantes participantes do EGAF/EaD (N = 98) por sexo. Trinta e dois participantes (32,7%) eram do sexo masculino e 65 participantes (62,3%) eram do sexo feminino.

Quadro 3: Distribuição dos participantes por gênero

		Frequência	Percentual (%)
Válidos	Masculino	32	32,7
	Feminino	65	66,3
	Total	97	99,0
Perdidos	Sistema	1	1,0
Total		98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.1.3 Concordância entre a função profissional atual e o cargo para o qual foi contratado

O agente público se caracteriza por estar investido em uma função pública e pela natureza pública dessa função. (MELLO, 2008). O Quadro 4 indica a distribuição de estudantes participantes do EGAF-EaD (N = 98) por resposta para a

questão “Sua função atual está de acordo com o cargo para o qual você foi contratado/a?”

Noventa (91,8%) participantes responderam ‘Sim’.

Quadro 4: Distribuição dos participantes por concordância entre a função no serviço e o cargo para o qual foi contratado

		Frequência	Percentual (%)
Válidos	Sim	90	91,8
	Não	6	6,1
	Total	96	98,0
Perdidos	Sistema	2	2,0
Total		98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.1.4 Acesso a cursos e treinamentos para a atividade que exerce, no último ano

A questão “Participou de curso ou treinamento para atividade que exerce, no último ano?” teve o objetivo de identificar o percentual de participantes que não teve acesso a cursos e treinamentos.

O Quadro 5 indica a participação dos entrevistados em algum curso e/ou treinamento para a atividade profissional que exerce dentro do último ano: cinquenta e quatro deles (55,1%) frequentou pelo menos um curso ou treinamento para a atividade que exerce no último ano, enquanto que no mesmo período, quarenta e dois (41,9%) não frequentou nenhum curso ou treinamento para a atividade que exerce.

Quadro 5: Distribuição dos farmacêuticos do SUS por participação em cursos e treinamentos no último ano

		Frequência	Percentual (%)
Válidos	Sim	54	55,1
	Não	42	42,9
	Total	96	98,0
Perdidos	Sistema	2	2,0
Total		98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.1.5 Participação anterior em programa de pós-graduação

Para caracterizar a experiência acadêmica em pós-graduação dos participantes, o Quadro 6 apresenta a distribuição de respostas para a questão: 'Participou de outra pós-graduação?'

Quadro 6: Distribuição de participantes por experiência em algum programa de pós-graduação

		Frequência	Percentual (%)
Válidos	Sim	74	75,5
	Não	23	23,5
	Total	97	99,0
Perdidos	Sistema	1	1,0
Total		98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.1.6 Acesso a internet rápida nas residências

Para identificar se os participantes do curso tem acesso a internet rápida nas residências, o Quadro 7 apresenta a distribuição, de forma que percebemos que para um grupo de 8,2% dos participantes ainda não dispõe de acesso a internet rápida na residência.

Quadro 7: Distribuição de participantes por acesso a internet rápida em casa

		Frequência	Percentual (%)
Válidos	Sim	88	89,8
	Não	8	8,2
	Total	96	98,0
Perdidos	Sistema	2	2,0
Total		98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.2 RESULTADOS RELACIONADOS AO SEGUNDO OBJETIVO

O segundo objetivo foi descrever o setor farmacêutico do SUS pela sua fase atual no processo de tomada de decisão por inovações na EaD (conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação).

O Quadro 8 descreve a participação dos farmacêuticos do SUS inscritos no EGAF/EaD (N = 98) por sua atitude diante da declaração 'Inovações na EAD atendem às necessidades de formação e educação permanente do SUS'. Setenta e sete deles (78,6%) concordaram com a afirmação, seis (6,1%) discordaram e 12 (12,2%) indicaram que não tinham certeza.

Quadro 8: Distribuição de participantes por nível de certeza sobre as inovações na EaD atenderem às necessidades de formação e educação permanente do SUS

		Frequência	Percentual (%)
Válidos	Concordo	77	78,6
	Não concordo	6	6,1
	Não tenho certeza	12	12,2
	Total	95	96,9
Perdidos	Sistema	3	3,1
Total		98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013).

A análise dos dados foi realizada para descrever a relação entre a atitude dos participantes para as necessidades de formação e educação permanente do SUS e seu estágio no processo de decisão por inovação, suas percepções sobre os atributos de inovações na EaD, suas percepções de barreiras à difusão de inovações na EaD e suas características pessoais. Os resultados mostraram que a atitude dos participantes para o problema não diferiu por etapa do processo de inovação de decisão.

Os resultados também não apresentaram diferenças em relação ao problema por parte das seguintes percepções de atributos, barreiras, e características pessoais ($p > 0,05$): vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade,

notoriedade, preocupações sobre o tempo, conflito com educação tradicional, necessidade de instrução técnica, necessidade de apoio da organização do serviço, infraestrutura de apoio, tecnofobia, polo de vínculo ao curso, sexo, se a atividade atual está de acordo com o contrato de trabalho, participação em cursos e treinamentos no último ano, participação em outra pós-graduação, acesso a internet rápida.

3.2.1 Fase do processo de tomada de decisão por inovações na EaD

O Quadro 9 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as suas diferentes fases no processo tomada de decisão por inovações na EaD. Cinco fases foram utilizadas no intuito de descrever o processo de decisão por inovações: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação. Entre os 98 participantes, 5,1% se apresentaram na fase de "conhecimento" das inovações na EaD, 22,4% na etapa "persuasão". Mais da metade da população estava na fase ou de "decisão" (51,6%), ou de "implementação" (8,2%), ou de "confirmação" (11,2%).

Quadro 9: Distribuição dos participantes por etapas do processo de tomada de decisão por inovações na EaD

Etapa	Descrição	F	%
Conhecimento	Não tenho planos de utilizar novamente um curso EAD	5	5,1
Persuasão	Inovações na EAD podem melhorar a conexão entre serviço de saúde e universidades.	22	22,4
Decisão	Inovações na EAD melhoram a qualidade do serviço ativando a conexão educação no serviço e o conhecimento para tomada de decisões.	50	51,0
Implementação	Darei preferência a inovações na EAD, a partir desse curso de Especialização.	8	8,2
Confirmação	Já utilizei inovações na EAD antes desse Curso e planejo continuar utilizando.	11	11,2
Total Válido		96	98,0
	Perdidos	2	2,0
	Total	98	100,0

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $M=2.98$, $SD=0.995$, escala: 1=Conhecimento, 2=Persuasão, 3=Decisão, 4=Implementação, 5=Confirmação.

3.3 ACHADOS RELACIONADOS AO TERCEIRO OBJETIVO

O terceiro objetivo foi descrever os farmacêuticos do SUS que adotam inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre atributos destas inovações (vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade).

A confiabilidade para as percepções dos especializandos sobre atributos de difusão de inovações na EaD foi de $r = 0,918$.

3.3.1 Vantagem relativa percebida

A vantagem relativa percebida nas inovações em EaD foi medida pelas respostas dos participantes a quatro declarações. Porcentagens foram utilizadas para descrever os resultados, como mostrado pela coleta de dados: 86,7% concorda ou concorda fortemente que inovações na EaD já alcançam um número maior de farmacêuticos do que cursos presenciais. Horários mais flexíveis para as atividades foram percebidos por 89,8% dos especializandos no EGAF/EaD. O uso de inovações na EaD possibilitou acesso a professores/conteudistas da área, 73,5% concordaram ou concordaram fortemente que participar do curso EaD é mais viável do que participar de curso presencial. Em geral, a média e o desvio padrão para vantagem relativa percebida em inovações na EaD foram $M = 4,135$ e $SD = 0,8465$. Os farmacêuticos do SUS que participaram do EGAF/EaD tendem a concordar com a existência de vantagem relativa em relação à educação presencial.

3.3.2 Compatibilidade percebida

A compatibilidade percebida de inovações na EaD foi medida por respostas dos participantes a quatro declarações. Porcentagens são usadas para descrever os resultados. Conforme demonstrando nos Quadros 10 e 11 que 81,6% concordaram ou concordaram fortemente na viabilidade das tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD. 80,6% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente na aceitação do ambiente online do EGAF/EaD. 51% concordaram ou concordaram fortemente que o curso EGAF/EaD apresentou melhores estratégias pedagógicas do que cursos presenciais correspondentes, para esta mesma declaração 36,7% dos

especializando foram neutros. As tecnologias do ambiente online EGAF/EaD são viáveis para os cursistas, enquanto farmacêuticos no SUS.

Quadro 10: Distribuição dos participantes por sua percepção sobre a compatibilidade de inovações na EaD com as atuais necessidades dos farmacêuticos no SUS

	N Válidos	Discordo Fortemente (%)	Discordo (%)	Neutro (%)	Concordo (%)	Concordo Fortemente (%)
As tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD são viáveis para os cursistas	95	-	4,1	11,2	52	29,6
As tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD são aceitáveis para os cursistas	97	-	3,1	15,3	50	30,6
O Curso EGAF/EaD apresentou melhores estratégias pedagógicas do que cursos presenciais correspondentes	96	2	8,2	36,7	34,7	16,3
As tecnologias do ambiente online EGAF/EaD são viáveis para os cursistas, enquanto farmacêuticos no SUS	94	1	4,1	14,3	46,9	29,6

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $M = 3,95$ e $SD = 0,8305$

Em geral, a média e o desvio-padrão para a percepção compatibilidade de inovações em EaD foram $M = 3,95$ e $SD = 0,8305$. O setor farmacêutico do SUS que adota inovações em EaD tende a concordar com a existência de compatibilidade com a realidade atual dos participantes, enquanto farmacêuticos do SUS.

Quadro 11: Conjunto de dados descritivos da compatibilidade percebida nas inovações em EaD

	Mínimo	Máximo	Média	Desv. pad.
As tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD são viáveis para os cursistas	2	5	4,11	0,765
As tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD são aceitáveis para os cursistas	2	5	4,09	0,765
O Curso EGAF/EaD apresentou melhores estratégias pedagógicas do que cursos presenciais correspondentes	1	5	3,56	0,938
As tecnologias do ambiente online EGAF/EaD são viáveis para os cursistas, enquanto farmacêuticos no SUS	1	5	4,04	0,854

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.3.3 Simplicidade percebida

A simplicidade percebida de inovações na EaD foi medida pelas respostas dos participantes para três declarações.

Percentagens foram usadas para descrever os resultados: 60,3% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que as tecnologias do ambiente online EGAF/EAD foram realmente viáveis para todos os farmacêuticos do serviço no SUS. 68,4% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que as tecnologias do ambiente online EGAF/EAD eram de fácil uso. 50% dos participantes concordaram ou concordou fortemente que As atividades pedagógicas propostas no Curso pelo ambiente online não apresentaram dificuldade operacional.

Em geral, a média e o desvio padrão para a simplicidade percebida de inovações na EaD foram $M = 3,56$ e $SD = 1,122$. Os farmacêuticos do SUS participantes do EGAF/EaD tendem a concordar com a existência de simplicidade nas inovações da EaD.

3.3.4 Testabilidade percebida

A testabilidade percebidas das inovações na EaD foi medida pela resposta dos participantes para quatro declarações. Percentagens foram usadas para descrever os resultados, conforme Quadro 12.

Quadro 12: Distribuição dos participantes por sua percepção sobre a testabilidade de inovações na EaD

	N Válidos	Discordo Fortemente (%)	Discordo (%)	Neutro (%)	Concordo (%)	Concordo Fortemente (%)
Há possibilidade de conhecer o ambiente online antes de iniciar o curso	97	8,9	9,2	24,5	45,9	11,2
As aulas eram iniciadas sempre com uma visão geral do que seria explorado em suas atividades	96	1	4,1	8,2	54,1	30,6
É possível testar e utilizar as ferramentas logo que elas são inseridas no do ambiente online do EGAF/EaD	96	3,1	14,3	20,4	48	12,2
Houve possibilidade de conversar com colegas que já tenha participado de inovações na EaD antes de iniciar o EGAF/EaD	96	14,3	29,6	25,5	22,4	6,1

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $M=3,4575$ e $SD=1,007$

57,1% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que foi possível conhecer o ambiente online antes de iniciar o curso na web. 84,7% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que as aulas eram iniciadas sempre com uma visão geral do que seria explorado em suas atividades. 60,2% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que era possível para os alunos testar e utilizar as ferramentas logo que elas foram inseridas no ambiente

online do EGAF/EaD 33,9% dos participantes discordaram ou discordaram fortemente de que foi possível conversar com colegas que já tivessem participado de inovações na EaD antes de iniciar o EGAF/EaD. Em geral, a média e desvio padrão para testabilidade percebida de inovações na EaD foram $M= 3,45$ e $SD= 1,007$.

Os farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD tendem a concordar com a existência de testabilidade no EGAF/EaD.

Quadro 13: Conjunto de dados descritivos da testabilidade percebida nas inovações em EaD

	Mínimo	Máximo	Média	Desv. pad.
Há possibilidade de conhecer o ambiente online antes de iniciar o curso	1	5	3,43	1,079
As aulas eram iniciadas sempre com uma visão geral do que seria explorado em suas atividades	1	5	4,11	0,806
É possível testar e utilizar as ferramentas logo que elas são inseridas no do ambiente online do EGAF/EaD	1	5	3,53	0,994
Houve possibilidade de conversar com colegas que já tenha participado de inovações na EaD antes de iniciar o EGAF/EaD	1	5	2,76	1,149

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.3.5 Notoriedade percebida

O Quadro 14 apresenta os seguintes resultados: 61,2% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que conhecem alguns membros de sua organização/serviço que estão participando do EGAF/EaD. 71,4% dos participantes concordaram ou concordaram fortemente que já perceberam algumas inovações na EaD para o setor farmacêutico. 90,9% dos participantes concordaram ou

concordaram fortemente sobre estarem conscientes dos benefícios do EGAF/EaD para o setor farmacêutico do SUS. 57,1% concordaram ou concordaram fortemente sobre estarem consciente das limitações do EGAF/EaD para o setor.

Quadro 14: Distribuição dos participantes por sua percepção sobre a notoriedade de inovações na EaD

	N Válidos	Discordo Fortemente (%)	Discordo (%)	Neutro (%)	Concordo (%)	Concordo Fortemente (%)
Eu conheço alguns membros de minha organização/serviço que estão participando do EGAF/EaD	97	13,3	9,2	15,3	30,6	30,6
Eu tenho percebido algumas inovações na EaD para o setor farmacêutico	96	1	2	23,5	49	22,4
Eu estou consciente dos benefícios do EGAF/EaD para o setor farmacêutico do SUS	97	1	-	7,1	37,8	53,1
Eu estou consciente das limitações do EGAF/EaD para o setor farmacêutico do SUS	97	4,1	13,3	24,5	41,8	15,3

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $M=3,86$ e $SD=0,98375$

Em geral, a média e desvio padrão para percepção de notoriedade de inovações na EaD foram $M=3,86$ e $SD=0,98375$. Os farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD tendem a concordar com a existência de notoriedade do EGAF/EaD.

3.4 ACHADOS RELACIONADOS AO QUARTO OBJETIVO

O quarto objetivo foi descrever os farmacêuticos do SUS participantes do EGAF/EaD de acordo com suas percepções sobre barreiras para a difusão de inovações na EaD (preocupação com o tempo, conflitos com a educação tradicional,

instrução técnica, apoio da organização do serviço, infraestrutura de apoio e tecnofobia).

Confiabilidade para as percepções dos especializandos sobre barreiras à difusão de inovações na EaD foi de $r = 0,746$.

3.4.1 Percepção de preocupações com o tempo

Percepções dos participantes sobre as preocupações com o tempo foram medidas através de quatro declarações.

Quadro 15: Distribuição dos participantes por nível de percepção das preocupações com tempo como uma barreira para difusão das inovações na EaD

	N Válidos	Sem Barreira (%)	Barreira Fraca (%)	Barreira Moderada (%)	Barreira Forte (%)	Barreira Muito Forte (%)
Levo mais tempo para realização de atividades do EGAF/EaD do que levaria em um curso de especialização presencial	97	24,5	27,6	30,6	9,2	7,1
Levo mais tempo para conseguir me comunicar com o tutor/professor do que em um curso de especialização presencial	97	14,3	31,6	25,5	13,3	14,3
Passo mais tempo aguardando o retorno do tutor/professor do que em um curso de especialização presencial	97	19,4	29,6	27,6	13,3	9,2
Preciso de mais tempo para explorar as informações das atividades propostas	97	14,3	24,5	25,5	25,5	9,2

Fonte: Elaboração própria (2013). $M=2,7025$ e $SD=1,213$

Os Quadros 15 e 16 demonstram os resultados descritos em percentuais. Quanto a declaração “levo mais tempo para realização de atividades no EGAF/EaD do que levaria em um curso de especialização presencial”, 52,1% dos participantes

acharam que era sem barreira ou barreira muito fraca. Quanto a “levo mais tempo para conseguir me comunicar com o tutor/professor do que em um curso de especialização presencial”, 49% responderam que não era uma barreira ou que era uma barreira muito fraca e 27,6% dos participantes acharam que era uma barreira forte ou muito forte. Quanto ao “passo mais tempo aguardando o retorno do tutor/professor do que em um curso de especialização presencial”, quase metade dos participantes (49%) achou que não era uma barreira ou que era uma barreira muito fraca. Para a declaração “Preciso de mais tempo para explorar as informações das atividades propostas” 38,8% pensavam que não era uma barreira ou era uma barreira muito fraca. Em geral, o desvio médio e padrão por preocupações sobre o tempo percebidas como uma barreira à difusão de inovações na EaD foram $M = 2,70$ e $SD = 1,213$. Os farmacêuticos do SUS participantes tendiam a perceber preocupações tempo como uma barreira moderada de difusão de inovações na EaD.

Quadro 16: Dados descritivos da percepção de preocupações com o tempo como uma barreira para difusão de inovações na EaD

	Mínimo	Máximo	Média	Desv. pad.
Levo mais tempo para realização de atividades do EGAF/EaD do que levaria em um curso de especialização presencial	1	5	2,46	1,173
Levo mais tempo para conseguir me comunicar com o tutor/professor do que em um curso de especialização presencial	1	5	2,81	1,261
Passo mais tempo aguardando o retorno do tutor/professor do que em um curso de especialização presencial	1	5	2,63	1,210
Preciso de mais tempo para explorar as informações das atividades propostas	1	5	2,91	1,208

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.4.2 Percepção de conflitos com a educação tradicional

Percepções dos participantes sobre conflitos com a educação tradicional como uma barreira à difusão de inovações na EaD foram medidos pelas respostas para quatro declarações.

Quadro 17: Distribuição dos participantes por nível de percepção dos conflitos com a educação tradicional como uma barreira para difusão das inovações na EaD

	N Válidos	Sem Barreira (%)	Barreira Fraca (%)	Barreira Moderada (%)	Barreira Forte (%)	Barreira Muito Forte (%)
Perturbações de origem social presentes na sala de aula tradicional	97	35.7	22.4	21.4	15.3	4.1
Calendário tradicional de atividades dificulta EGAF/EaD	97	36.7	23.5	27.6	7.1	4.1
Falta do presencial, ou seja, falta de interação presencial com tutores e conteudistas	97	21.4	22.4	20.4	18.4	16.3
Dificuldade em construir relacionamento com os outros cursistas	96	21.4	18.4	24.5	17.3	16.3

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $M = 2,555$ e $SD = 1,284$

O Quadro 17 mostra os resultados descritos em percentagens. Para mais da metade dos participantes (58,1%), as perturbações de origem social presentes na sala de aula tradicional não representam uma barreira para a difusão de inovações na educação à distância, 26,7% pensava que era uma barreira moderada ou forte. Para a declaração “calendário tradicional de atividades dificultou o andamento do EGAF/EaD” mais da metade dos participantes (60,2%) percebeu que não representou uma barreira ou que representou uma barreira muito fraca à difusão de inovações na EaD. No caso da “falta do presencial, ou seja, falta de interação presencial com tutores e conteudistas” 43,8% dos participantes considerou a

inexistência de barreira ou apenas a existência de uma barreira muito fraca à adoção de inovações na EaD. Sobre a dificuldade percebida em construir relacionamentos com outros alunos: 39,8% não consideram como uma barreira ou considerou como uma barreira muito fraca, 24,5% consideram como uma barreira moderada e 33,6% consideram como uma barreira forte ou muito forte para difusão de ações como o EGAF/EaD.

De forma geral, a média e o desvio padrão para as preocupações sobre conflitos com a educação tradicional como uma barreira percebida difusão de ações inovadoras como EGAF/EaD foram $M = 2,555$ e $SD = 1,284$. Os farmacêuticos do SUS participantes apresentam tendência a preocupações com conflitos com a educação tradicional percebida como uma barreira moderada a difusão de inovações na EaD.

3.4.3 Percepção da necessidade de instrução técnica

Percepções dos participantes sobre a necessidade de instrução técnica como uma barreira à difusão de inovações na EaD foram medidos por respostas para quatro declarações conforme Quadro 18.

Para mais da metade dos participantes (60,2%) a falta de suporte técnico acessível durante a realização do curso não representaram uma barreira para a difusão de inovações na educação à distância, 32,6% pensava que era uma barreira moderada ou forte. Para a declaração “Falta de um treinamento técnico no ambiente online do curso” mais da metade dos participantes (53%) percebeu que não representou uma barreira ou que representou uma barreira muito fraca à difusão de inovações na EaD. 55,1% dos participantes considerou a falta de conhecimento sobre a utilização de tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD como uma barreira inexistente ou fraca, para os que consideraram como uma barreira moderada ou forte foram relatados 29,5% dos participantes. Para mais da metade dos participantes (60,2%) não representa uma barreira ou representa uma barreira fraca “a falta da pessoa “certa” orientando a utilização de ferramentas do EGAF/EaD. De forma geral, a média e o desvio padrão para preocupações com a necessidade de instrução técnica durante o curso EaD como uma barreira percebida para difusão de ações inovadoras como EGAF/EaD foram $M = 2,4575$ e $SD = 1,3515$. Os farmacêuticos do SUS participantes apresentam tendência à

preocupações com a necessidade de instrução técnica para o EGAF/EaD, percebendo como uma barreira moderada a difusão de inovações na EaD.

Quadro 18: Dados descritivos da percepção de necessidade de instrução técnica como uma barreira para difusão de inovações na EaD

	Mínimo	Máximo	Média	Desv. pad.
Falta suporte técnico acessível durante o EGAF/EaD	1	5	2,30	1,235
Falta de um treinamento técnico no ambiente online do curso	1	5	2,52	1,384
Falta de conhecimento sobre utilização de tecnologias do ambiente online do EGAF/EaD	1	5	2,59	1,419
Falta da pessoa “certa” orientando a utilização de ferramentas do EGAF/EaD	1	5	2,42	1,368

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.4.4 Percepção da necessidade de apoio da organização do serviço

Percepções dos participantes sobre a necessidade de apoio da organização do serviço para o farmacêutico adotar de inovações na EaD como uma barreira à difusão de inovações na EaD foram medidos por respostas para quatro declarações.

Os resultados descritos por percentagens foram: “Falta de suporte e/ou encorajamento dos gestores de serviços farmacêuticos no SUS do território em que atuo” foi relatado que mais da metade dos participantes (55,1%) percebeu como uma barreira forte ou muito forte, 25,5% dos participantes não percebeu como uma barreira ou percebeu como uma barreira fraca. Para a declaração “Falta de suporte ou encorajamento dos gestores do meu serviço/organização” mais da metade dos participantes (61%) percebeu que representou uma barreira forte ou barreira muito forte à difusão de inovações na EaD, 25,5% dos participantes não percebeu a falta de encorajamento dos gestores do serviço/organização em que os participantes como uma barreira ou percebeu como uma barreira fraca. Para mais da metade dos

participantes (61,2%) representou uma barreira forte ou muito forte “dificuldade em recrutar membros do meu serviço para o plano operacional”, enquanto 24,5% dos participantes não consideraram ser uma barreira ou consideraram como uma barreira fraca. Na declaração “Dificuldade em conciliar os conhecimentos adquiridos no EGAF/EaD com o serviço”, 41,8% dos participantes consideram que não representa uma barreira para adoção de inovações na EaD ou que representa uma barreira fraca, enquanto 38,7% percebem esta dificuldade como um barreira forte ou muito forte para a difusão de inovações na EaD. De forma geral, a média e o desvio padrão para preocupações com a necessidade de apoio da organização do serviço durante o curso EaD como uma barreira percebida para difusão de ações inovadoras como EGAF/EaD foram $M=3,3475$ e $SD=1,36275$. Os farmacêuticos do SUS participantes apresentam tendência às preocupações com a necessidade de apoio da organização do serviço para participar de ações como o EGAF/EaD, percebendo como uma barreira forte à difusão de inovações na EaD.

3.4.5 Preocupações com a infraestrutura de apoio

Percepções dos participantes com preocupações sobre a infraestrutura de apoio como barreira percebida para difusão de inovações na EaD foram medidas por respostas para quatro declarações, conforme descrito no Quadro 19.

Quanto à insuficiência de laboratórios e salas de aula com tecnologias online nos encontros presenciais, 49% dos participantes acharam que era sem barreira ou uma barreira muito fraca, enquanto isso 30,6% considera uma barreira forte ou muito forte. Quanto à “insuficiência de acesso adequado (nos domicílios) dos farmacêuticos do SUS a computadores e internet rápida”, mais da metade (57,2%) respondeu que não era uma barreira ou que era uma barreira muito fraca e 27,5% dos participantes acharam que era uma barreira forte ou muito forte. Quanto à “insuficiência de acesso adequado a instrutores técnicos sobre o ambiente online nos encontros presenciais”, mais da metade dos participantes (56,1%) achou que não era uma barreira ou que era uma barreira muito fraca. Para a declaração “insuficiência de acesso a bibliotecas online para aprofundamento dos assuntos abordados no curso” 62,2% pensava que não era uma barreira ou era uma barreira muito fraca. No geral, o desvio médio e padrão por preocupações com a

infraestrutura de apoio como uma barreira à difusão de inovações na EaD foram $M = 2,4575$ e $SD = 1,3515$. Os farmacêuticos do SUS participantes tendiam a perceber preocupações com a infraestrutura de apoio como uma barreira moderada de difusão de inovações na EaD.

Quadro 19: Dados descritivos da percepção de preocupações com a infraestrutura de apoio como uma barreira para difusão de inovações na EaD

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. pad.
Insuficiência de laboratórios e salas de aula com tecnologias online nos encontros presenciais	1	5	2,64	1,508
Insuficiência de acesso adequado (nos domicílios) dos farmacêuticos do SUS a computadores e internet rápida	1	5	2,38	1,482
Insuficiência de acesso adequado a instrutores técnicos sobre o ambiente online	1	5	2,34	1,212
Insuficiência de acesso a bibliotecas online para aprofundamento dos assuntos abordados no curso	1	5	2,30	1,331

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.4.6 Percepção de tecnofobia

Tecnofobia percebida pelos participantes como uma barreira à difusão de inovações na EaD medida por respostas para quatro declarações.

Os resultados são descritos por percentagens da seguinte forma: para 72,4% dos especializandos o medo de exposição diante de outros colegas participantes do curso não representa uma barreira ou representa uma barreira fraca, 14,3% pensava

que era uma barreira forte ou muito forte. Para a declaração “crença de que a segurança no emprego está ameaçada pela automação tecnológica dos serviços de saúde” mais da metade dos participantes 86,7% percebeu que não representou uma barreira ou que representou uma barreira muito fraca à difusão de inovações na EaD, nenhum participante considerou como uma barreira muito forte. No caso da preocupação com questões legais (ex. Rackets, softwares piratas, vírus, plágio) 70,4% dos participantes considerou a inexistência de barreira ou apenas a existência de uma barreira muito fraca à adoção de inovações na EaD. Sobre o isolamento social: 70,4% dos participantes não considerou como uma barreira ou considerou como uma barreira muito fraca, 18,4% considerou como uma barreira moderada e 8,1% considerou como uma barreira forte ou muito forte para difusão de ações como o EGAF/EaD.

De forma geral, a média e o desvio padrão para as preocupações sobre tecnofobia como uma barreira percebida para difusão de ações inovadoras como EGAF/EaD foram $M= 1,79$ e $SD= 1,1025$. Os farmacêuticos do SUS participantes apresentam tendência a considerar preocupações com tecnofobia como uma barreira inexistente para difusão de inovações na EaD.

3.5 ACHADOS RELACIONADOS AO OBJETIVO QUINTO

O quinto objetivo foi configurar o sistema social de farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e incluiu, também, planos e seguros privados de saúde.

A sessão correspondente à percepção de saúde contou com nove perguntas objetivas, organizadas em três blocos, que contemplaram os seguintes temas: i) Percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS: atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos; ii) Avaliação geral sobre o SUS; iii) Avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde.

3.5.1 Percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS

Cinco tipos de serviços prestados pelo SUS: atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos.

Como apresentado no Quadro 20, para a questão “qual o melhor serviço do SUS?": 34,7% dos participantes consideram a distribuição gratuita de medicamentos como o melhor serviço do SUS, 31,6% considera como melhor o atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Quadro 20: Proporção (%) das opiniões dos entrevistados sobre o melhor serviço prestado pelo SUS entre os cinco serviços selecionados.

Serviço do SUS	f	%
Atendimento em centros e/ou postos de saúde	10	10,2
Atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF)	31	31,6
Atendimento por médico especialista	4	4,1
Atendimento de urgência e emergência	16	16,3
Distribuição gratuita de medicamentos	34	34,7
Válidos	95	96,9
Perdidos	3	3,1

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: SD=1,5

O pior serviço do SUS (Quadro 21) percebido por 37,8% dos participantes foi o atendimento por médico especialista, seguido pelo atendimento em urgência e emergência com 28,6% dos participantes.

Quadro 21: Proporção (%) das opiniões dos entrevistados qual o pior serviço prestado pelo SUS entre os cinco serviços selecionados

Serviço do SUS	f	%
Atendimento em centros e/ou postos de saúde	15	15,3
Atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF)	6	6,1
Atendimento por médico especialista	37	37,8
Atendimento de urgência e emergência	28	28,6
Distribuição gratuita de medicamentos	10	10,2
Válidos	96	98,0
Perdidos	2	2,0

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $SD=1,181$.

O principal ponto positivo do SUS percebido pelos participantes conforme Quadro 22 foi o fato de todo e qualquer brasileiro ter potencial acesso ao serviço de saúde gratuitamente com 75,5%, seguido pela distribuição gratuita de medicamentos com 16,3%.

Quadro 22: Principais pontos positivos do SUS

Ponto positivo do SUS	f	%
Distribuição gratuita de medicamentos	16	16,3
Todos recebem o mesmo atendimento, sem nenhum preconceito	2	2,0
Todo e qualquer brasileiro pode ter acesso ao serviço de saúde gratuitamente	74	75,5
Válidos	94	95,9
Perdidos	4	4,1

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $SD=0,784$.

A principal melhoria para serviços de distribuição de medicamentos percebida pelos participantes segundo o Quadro 23 foi diminuir o problema da falta de medicamento com 78,6%, seguido por aumentar a lista (tipos) de medicamentos disponíveis para distribuição gratuita no SUS com 18,4%.

Quadro 23: Proporção (%) das principais melhorias sugeridas para os serviços de distribuição de medicamentos

Melhoria para serviços de distribuição de medicamentos	F	%
Diminuir a demora para ser atendido no dia da retirada do medicamento	1	1,0
Diminuir o problema da falta de medicamento	77	78,6
Aumentar a lista (tipos) de medicamentos disponíveis para distribuição gratuita no SUS	18	18,4
Válidos	96	98,0
Perdidos	2	2,0

Fonte: Elaboração própria (2013). Nota: $SD=0,41$.

Conforme apresentado no Quadro 24 a justificativa para as respostas dos especializandos para o principal ponto positivo do SUS (Tabelas 35) e a principal melhoria para serviços de distribuição de medicamentos (Tabela 36) foi relacionando com vivência no serviço para aproximadamente 80% dos participantes, seguido pela experiência com familiares e/ou amigos como justificativa para 8,2% dos participantes. 5,1% justificou suas respostas por suas experiência própria como usuário.

Quadro 24: Tipo de experiência com serviços do SUS relacionado com as sugestões de melhoria para o SUS e para a distribuição gratuita de medicamentos

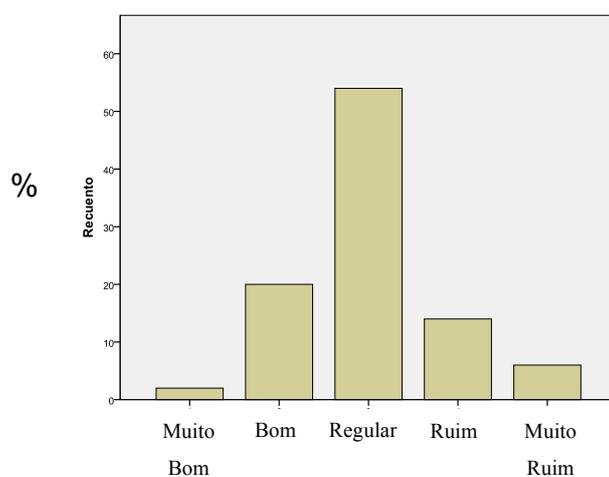
Justificativa para as duas questões anteriores	F	%
Experiência própria como usuário	5	5,1
Vivência no serviço	78	79,6
Experiência com familiares e/ou amigos	8	8,2
Outra	3	3,1
Válidos	94	95,9
Perdidos	4	4,1

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.5.2 Avaliação geral do SUS

De forma geral a avaliação dos serviços prestados pelo SUS foi considerada “regular” para mais da metade dos entrevistados (55,1%); os demais avaliaram os serviços na seguinte ordem: bom (20,4%), ruim (14,3%) e muito bom (2%), observe no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição (%) das opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade geral dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS

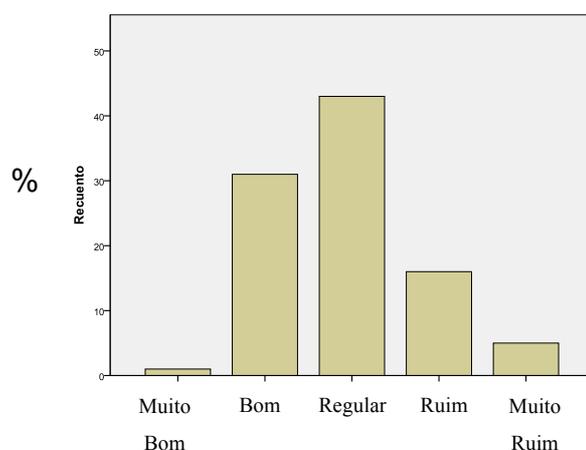


Fonte: Elaboração própria (2013).

3.5.3 Percepção sobre planos de saúde

Na percepção sobre os serviços oferecidos por planos e seguros de saúde na cidade em que reside o participante a avaliação geral foi, nesta ordem, regular (43,9%), bom (31,6%), ruim (16,3%) e muito bom (1%), como apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2: Proporção (%) das opiniões sobre os serviços prestados por seguros e planos de saúde na cidade em que reside



Fonte: Elaboração própria (2013).

A principal razão para ter plano de saúde percebida foi a maior rapidez para realizar consulta ou exame para mais da metade dos participantes (58,2%); 19,4% dos participantes justificaram ter plano de saúde por ser um benefício fornecido gratuitamente pelo empregador; para 14,3% a razão é identificada como 'outra', havendo caixa de texto para especificação desta 'outra' razão; e 3% dos participantes justificaram pela liberdade para escolha do médico que irá atendê-lo.

Ao lado da alternativa "outra", entre as alternativas de múltipla escolha, havia uma caixa de texto para que o participante especificasse a outra razão que justifique ter um plano de saúde, entre as respostas subjetivas dos participantes, transcrevemos: "melhor qualidade no serviço prestado", "apenas preocupação em caso de internação hospitalar, pois o atendimento está muito deficiente", "internação em hospitais", "segurança", "deduzir o valor pago na declaração de imposto de renda", "falta de opção no SUS", "Acredito [...] que possivelmente não ocorreria com o SUS onde as emergências estão sempre lotadas", "agilidade e segurança que será

atendido”, “caso de urgência”, “ter um pouco mais de segurança de acesso a cuidados de saúde quando vier a ser necessário”.

3.5.4 Principal problema dos planos ou seguros de saúde

Os principais problemas dos planos ou seguros de saúde percebidos (Quadro 25) foram, nesta ordem, preço da mensalidade (35,7%); não cobre algumas doenças ou procedimentos (19,4%); rede de atendimento restrita (14,3%); o fato de, às vezes, não pagar tratamento ou procedimento necessário (13,3%); demora para conseguir consulta com especialista (7,1%); demora para conseguir ser atendido em clínicas ou hospitais (6,1%); outra (1%).

Quadro 25: Principais problemas dos planos de saúde

Problema dos planos ou seguros de saúde	F	%
Demora para conseguir ser atendido em clínicas ou hospitais	6	6,1
Rede de atendimento restrita	14	14,3
Demora para conseguir consulta com especialista	7	7,1
O fato de, às vezes, não pagar tratamento ou procedimento necessário	13	13,3
Não cobre algumas doenças ou procedimentos	19	19,4
Preço da mensalidade	35	35,7
Outra	1	1,0
Válidos	95	96,9
Perdidos	3	3,1

Fonte: Elaboração própria (2013).

3.6 ACHADOS RELACIONADOS AO OBJETIVO SEXTO

O sexto objetivo foi configurar o sistema social de farmacêuticos do SUS adotantes de inovações na EaD de acordo com suas percepções sobre trabalho e tempo livre. As variáveis versaram sobre o trabalho dos participantes, especificamente sobre o tempo cotidianamente gasto no trabalho e sobre seus impactos na vida social.

A sessão correspondente à percepção de trabalho e tempo livre contou com seis perguntas objetivas, concentrou-se na relação entre o tempo de trabalho e tempo livre, tal como ela é percebida pelo Sips/Ipea (2012):

Analisa-se aqui: i) se, após o período de trabalho, o entrevistado consegue desligar-se inteiramente das preocupações próprias deste (ou se, ao contrário, tem de permanecer de sobreaviso, conectado a dispositivos de comunicação da empresa etc.); ii) se, para além de seu trabalho, o entrevistado realiza outras atividades regulares em seu cotidiano (atividades educacionais, esportivas, religiosas, sindicais, políticas, i.e.); iii) qual o tempo semanalmente dedicado a essas atividades extratrabalho – e se este tempo vem se reduzindo por conta do trabalho; iv) se o tempo dedicado ao trabalho compromete a qualidade de vida do entrevistado (ao gerar cansaço, estresse e desmotivação, ao prejudicar as relações familiares e as relações de amizade, ao inviabilizar as atividades esportivas, educacionais etc.); v) como o entrevistado se sente quando é solicitado a utilizar seu tempo livre para realizar atividades próprias do trabalho (se o sentimento é positivo ou negativo); vi) se o entrevistado pensa em trocar de ocupação por conta do tempo despendido em seu trabalho.

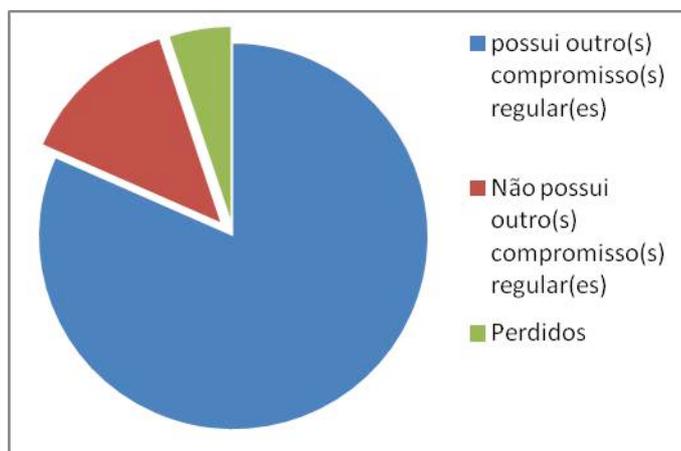
3.6.1 Se os participantes conseguem desligar-se inteiramente das preocupações do trabalho

A coleta de dados apresentou que mais da metade (71,4%) dos participantes não se desliga totalmente do trabalho quando encerra o horário de trabalho; pouco mais de um quarto (26,5%) dos participantes declarou que consegue se desligar totalmente do trabalho durante o tempo livre.

3.6.2 Além do trabalho o farmacêutico do SUS participante possui outros compromissos regulares.

Mais de dois terços dos participantes (81,6%) consegue assumir outros compromissos regulares, além de seu trabalho remunerado; 13,3% não assumem outro compromisso regular. Observe o Gráfico 3.

Gráfico 3: Proporção (%) dos entrevistados que possui outro compromisso regular, além do trabalho



Fonte: Elaboração própria (2013).

76,5% dos participantes sente que o tempo livre vem diminuindo por causa do trabalho; 51% dos participantes acham que o tempo dedicado ao trabalho compromete sua qualidade de vida, enquanto que 46,9% discorda deste comprometimento na qualidade de vida gerado pelo trabalho. Mais da metade dos participantes (68,4%) 'não' consideraria trocar de trabalho por causa do tempo que gasto com ele, 27,6% consideraria 'sim' para esta possibilidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propõe-se aqui que o planejamento de ações para desenvolvimento gerencial do SUS, com destaque especial para as inovações na EaD, devem considerar os elementos da difusão de inovações, como estratégia para reduzir as incertezas e promover adoção das inovações propostas.

4.1 HIPÓTESE UM

O EGAF terá um efeito positivo sobre o comportamento de adoção de inovações na EaD.

Sob a perspectiva de Pierre Bourdieu (1975, 1992, 2000), podemos localizar nossa pesquisa nas fronteiras simbólicas, por ter buscado compreender como as inovações na educação a distância são consumidas como produtos culturais.

Objetivo deste estudo foi planejado para promover uma maior reflexão em torno das atuais inovações na educação a distância, promovidas pela PNDG, partindo das percepções sobre barreiras e atributos para difusão de inovações na EaD para o setor farmacêutico do SUS, há seis objetivos específicos identificados para esse fim.

Foram selecionados aleatoriamente participantes de Natal, Recife, Salvador, São Luiz, Teresina e Vitória da Conquista. Sendo sua maioria (66,3%) de mulheres, em concordância entre sua função profissional atual e o cargo para a qual foi contratado (91,8%).

A dificuldade de acesso a cursos e treinamentos para atividades do setor farmacêutico tem diminuído, embora ainda seja um problema percebido por parte significativa do setor (42,9%) A oferta de cursos e treinamentos para os farmacêuticos do SUS tem crescido bastante embora que ainda não seja em quantidade suficiente para a demanda crescente da necessidade atual.

Ao traçar um perfil para os farmacêuticos do SUS que adotam inovações na EaD foi identificado que: a maioria dos adotantes de inovações na EaD já frequentou, ao menos, um outro curso pós-graduação; um grupo menor de participantes (8,2%) realizou o curso mesmo não possuindo internet rápida em sua

residência, provavelmente muitas vezes recorrendo a internet no local de trabalho e lan houses.

Soma-se a este perfil pessoal traçado a confirmação subsequente das hipóteses “dois”, “quatro” e “cinco”; além da refutação da “hipótese três” que confirmou a “hipótese um”.

4.2 HIPÓTESE DOIS

Os participantes percebem atributos e barreiras de difusão de inovações no EGAF/EaD.

De acordo com as perspectivas dos participantes sobre atributos das inovações na EaD, os adotantes tendem a concordar com a existência dos atributos: vantagem relativa, compatibilidade, simplicidade, testabilidade e notoriedade.

Entre as seis barreiras analisadas na pesquisa, três foram percebidas como barreiras moderadas: preocupações com o tempo, com a infraestrutura de apoio, conflitos com a educação tradicional e a necessidade de instrução técnica. Alguns problemas relacionados com a infraestrutura também foram percebidos durante a observação exploratória das atividades presenciais, a exemplo do caso do Polo Recife, onde não foi possível a transmissão da cerimônia de abertura do curso por videoconferência por conta da indisponibilidade de equipamento e internet rápida suficiente para a transmissão. A necessidade de apoio da organização do serviço foi a única barreira forte entre as selecionadas desta pesquisa, corroborado pelas queixas nos fóruns do curso sobre a dificuldade de recrutar membros do serviço para atividades induzidas pelo EGAF/EaD, como o plano operativo que pretendeu identificar o problema prioritário do serviço para nortear o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso (TCC) do especializando, fomentando a introdução de novas práticas que promovam melhoria nos serviços. Por outro lado, as preocupações com tecnofobia não foram percebidas como barreira.

4.3 HIPÓTESE TRÊS

O grupo amostral estará no estágio de persuasão do processo de decisão, em que já se reconhece a possibilidade de melhoria dos serviços no SUS, mas com certo grau de incerteza sobre as consequências das inovações na EaD sobre o setor farmacêutico do SUS.

Do ponto de vista de Rogers (2003) os participantes desta pesquisa, em sua maioria (51%), estiveram ao final do EGAF/EaD num estágio mais avançado no processo de adoção, o “estágio 3” (decisão), numa escala de 1 (conhecimento) ao 5 (confirmação). Neste estágio, segundo Rogers (2003), os sujeitos já estão bem engajados em atividades relacionadas às inovações, também já percebem de forma muito clara os atributos de inovações na EaD, embora que mais de um quinto dos participantes foram classificados no estágio 2 (Persuasão), em que ainda há um certo grau de incerteza sobre as consequências das inovações na EaD para o setor farmacêutico do SUS. O estágio de persuasão pode continuar por um longo período de tempo, dependendo da natureza da inovação (ROGERS, 2006, p. 174-175). Torna-se importante uma investigação mais aprofundada dos indivíduos na fase 2, de modo a encontrar formas de reduzir as incertezas em relação aos benefícios da EaD.

4.4 HIPÓTESE QUATRO

O grupo amostral terá percepção positiva diante dos serviços prestados diretamente pelo SUS e pelos serviços suplementares.

Nossas perspectivas partem dos três conceitos fundamentais de Bourdieu (1975) para reprodução do sistema: envolvimento social de um indivíduo que prevê determinados comportamentos; estruturas representadoras dos indivíduos; e diferentes influências sociais que o indivíduo recebe durante a vida.

Numa tentativa de caracterizar a atual configuração do sistema social, foram apresentadas perguntas relacionadas com a percepção de saúde, trabalho e tempo livre do participante. Eles percebem o sistema da seguinte forma: consideram a distribuição gratuita de medicamentos (34%,7) como o melhor serviço prestado pelo SUS; a principal melhoria para o serviço de distribuição de medicamentos, para os participantes, está em diminuir o problema da falta de medicamentos (78,6%). Se

levarmos em conta a aproximação dos participantes com o serviço dentro do SUS, o indicador se torna ainda mais relevante para a escolha do melhor entre os serviços do SUS selecionados e da melhoria para o serviço de distribuição de medicamentos, pois a maioria dos participantes (79,6%) justificou suas escolhas pela sua própria vivência no serviço. Tanto a avaliação dos serviços prestados pelo SUS, quanto a dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde na cidade em que reside foi considerada “regular”. A principal razão para ter plano de saúde apontada foi a maior rapidez para realizar consulta ou exame, por outro lado o preço da mensalidade é a principal dificuldade percebida para se adotar a saúde suplementar. De forma geral, os principais serviços prestados pelo SUS e pela saúde suplementar foram avaliados de forma positiva, embora o grupo tenha se mostrado consciente de suas limitações e necessidades para melhoria dos serviços prestados.

4.5 HIPÓTESE CINCO

O grupo amostral perceberá que o trabalho tem um efeito negativo sobre sua vida social.

Após o período de trabalho, o entrevistado não consegue desligar-se inteiramente das preocupações próprias deste. Para além de seu trabalho, o entrevistado realiza outras atividades regulares em seu cotidiano (atividades educacionais, esportivas, religiosas, sindicais, políticas) dedicando tempo semanal considerável a essas atividades extratrabalho. Os participantes sentem que o tempo livre vem diminuindo por causa do trabalho. Corrobora a isso, o fato do tempo dedicado ao trabalho comprometer a qualidade de vida do entrevistado (ao gerar cansaço, estresse e desmotivação, ao prejudicar as relações familiares e as relações de amizade, ao inviabilizar as atividades esportivas, educacionais etc.); Apesar dos entrevistados não pensarem em trocar de ocupação por conta do tempo despendido em seu trabalho, confirmou-se a hipótese de que o trabalho tem um efeito negativo sobre a vida social dos sujeitos da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1207-1220, 2010.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. **A profissão do sociólogo**. Petrópolis, Vozes, 2000.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1975.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **An invitation to reflexive sociology**. Chicago, University of Chicago Press, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1ª ed. 1988

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, p. 15-25. Suplemento. 1996.

_____. Ministério da Saúde: Portaria GM nº 2.981 de 26 de Novembro de 2009. Aprova o **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica**. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde: Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007. Aprova a **Política de Educação Permanente em Saúde (EPS)**. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde: Portaria Ministerial nº 20 de 2009. Aprova o **Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS**. Brasília, DF.

COHEN I. J. Teoria da estruturação e práxis social. In: GIDDENS, A.; TURNE, J. (Org.). **Teoria social hoje**. São Paulo: UNESP, 1996, p. 393- 446.

DEARING, J. Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. **Res Soc Work Pract.** September 2009. 1; 19(5): p 503–518. doi:10.1177/1049731509335569.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.0, p.11-23, 2006.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 458p.

GOMEZ, A. P. W.; GOMEZ, A. P. A teoria de estruturação de Goddens como complementação do processo de difusão de tecnologia. **XLV Congresso da**

Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Londrina. 2007.

IPEA. **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Trabalho e tempo livre.** Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 26p.

IPEA. **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde.** Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2011. 26p.

JIMÉNEZ, L. G. **Aproximación epistemológica al concepto de ciência: uma proposta básica a partir de Kuhn, Popper, Lakatos y Feyerabend.** Revista Andamios, Madri, v.4, n.8, p.185-212, 2008.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. 260p.. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira

KUHN, T. S. **O caminho desde a estrutura.** 1. ed. São Paulo: Unesp, 2006. 402p.. Tradução de Cesar Mortari

LAGUARDIA, j. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.53-61, Nov., 2010 DOI: 10.3395/reciis.v4i5.393pt

LIAO, H.A. Communication Technology, Student Learning, and Diffusion of Innovation **College Quarterly** Spring 2005 - Volume 8 Number 2.2005

LI, Y. **Faculty perceptions about attributes and barriers impacting diffusion of web-based distance education (wbde) at the china agricultural university.** 2004. 301f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Texas A&M University, Texas, 2004.

MOORE, G. C., & BENBASAT, I. **Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation.** Information Systems Research, 2(3), 192-222. 1991.

MYTINGER, ROBERT E. **Innovation in Local Health Services: A Study of the Adoption of New Programs by Local Health Departments with Particular Reference to New Health Practices.** Division of Medical Care Administration, Public Health Services, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Washington, 1968.

NELLY, M. **Assistência farmacêutica para gestores municipais.** Brasília: OPAS/OMS, 2003. 373p.

O'DWYER, G ;MATTOS, R.A.. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: p 609-623. 2010

PETERS, G. M. **Perscursos na teoria das práticas sociais: Anthony Giddens e Pierre Bourdieu.** 2006. 268f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília/UNB, Brasília, 2006.

POPPER, K. R. **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo: Pensamento-cultrix, 2008. 567p.. Tradução de Leonidas Hegenberg & Octanny Silveira da Motta

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5^a ed. New York: Free Press, 2003. 551p.

SANCHES, F. **Anuário Brasileiro Estatístico de Educação Aberta e a Distância (AbraEAD)**. 4^a ed. São Paulo: Instituto Monitor. 2008