



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Alcione Basílio de Abreu

**“Trajetórias profissionais e mudanças nos processos de trabalho dos egressos da Fiocruz
na África: a Cooperação Estruturante em Saúde”**

Rio de Janeiro

2016

Alcione Basílio de Abreu

**“Trajetórias profissionais e mudanças nos processos de trabalho dos egressos da Fiocruz
na África: a Cooperação Estruturante em Saúde”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Rodrigues Guilam

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A162t Abreu, Alcione Basílio de
Trajetórias profissionais e mudanças nos processos de
trabalho dos egressos da Fiocruz na África: a Cooperação
Estruturante em Saúde. / Alcione Basílio de Abreu. -- 2016.
86 f. : tab. ; graf.

Orientadora: Maria Cristina Rodrigues Guilam.
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Cooperação Internacional. 2. Educação de Pós-
Graduação. 3. Trabalho. 4. Formação de Recursos Humanos.
5. Institutos Governamentais de Pesquisa. 6. África. 7. América
do Sul. 8. Egressos. 9. Trajetória profissional. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1042

Alcione Basílio de Abreu

**“Trajetórias profissionais e mudanças nos processos de trabalho dos egressos da Fiocruz
na África: a Cooperação Estruturante em Saúde”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em: 28 de julho de 2016.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Maria Cristina Rodrigues Guilam, VPEIC/Fiocruz

Prof^a Dr^a Virginia Alonso Hortale, ENSP/Fiocruz

Prof^a Dr^a Maria Cristina Strausz, ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2016

*Dedico este trabalho aos meus pais pelo apoio e incentivo empenhados
em todos os projetos da minha vida.
Desejo que minha dívida com vocês seja inesgotável.*

Agradecimentos

Acima de tudo a Deus, por estar sempre do meu lado sendo minha fonte de paz, dando-me força e coragem para a realização de mais um sonho.

Aos meus pais e primas (Elzy e Eudóxia), por tudo o que fizeram por mim.

A orientadora Dr^a Maria Cristina Rodrigues Guilam, pessoa brilhante, pela amizade, paciência e seriedade profissional com que conduziu este trabalho. Por ter-me apresentado esse tema, além da oportunidade que generosamente me concedeu de cursar o tão sonhado curso de mestrado.

A Dr^a Maria Cristina Strausz, pessoa maravilhosa, que me orientou na Iniciação Científica, me apresentou a área de Saúde do Trabalhador, dando-me a oportunidade de adentrar nos espaços da Fiocruz.

Aos Professores Lúcia Rotenberg, Katia Reis de Souza, Marisa Moura, Ana Maria Braga e Aldo Pacheco Ferreira, pelas valiosas sugestões, pela atenção e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos membros da banca de qualificação e defesa: Maria Cristina Strausz e Virgínia Alonso Hortale, pelas contribuições valiosas e pelo cuidado com o meu trabalho.

A todos da Coordenação Geral de Pós-Graduação, em especial: Adelia M. O. de Araujo, André S. dos Santos, Márcia Silveira, Marta Sartori, Milton O. Moraes e Rosana Valente, pelas contribuições para a realização deste trabalho.

A todos os professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca que fizeram parte da minha vida acadêmica, compartilhando seus preciosos conhecimentos e experiências.

Aos egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz em Angola e Moçambique, por aceitarem participar dessa pesquisa e dividirem comigo suas experiências e emoções.

Aos amigos da faculdade de medicina e os que encontrei na pós-graduação.

Aos amigos Magali Rodrigues e André Luiz Nascimento, pelo apoio constante.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuirão para a realização deste trabalho.

*"Por um mundo onde sejamos socialmente iguais,
humanamente diferentes e
totalmente livres."*

Rosa Luxemburg (1871 — Berlim, 1919)

RESUMO

Introdução: As pesquisas sobre as percepções de egressos, de cursos *Stricto sensu*, fornecem uma base que torna possível analisar como os conhecimentos e competências adquiridas nesses cursos estão relacionados com as trajetórias e mudanças nas habilidades desenvolvidas no trabalho. **Objetivo:** Analisar a trajetória profissional dos egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, ofertados em Angola e Moçambique por meio da Cooperação Estruturante em Saúde, no período de 2008 a 2013, buscando conhecer os impactos dos cursos para os processos de trabalho desses trabalhadores. **Metodologia:** Pesquisa de natureza descritiva e exploratória com egressos dos mestrados em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, formados entre os anos 2008 e 2013, através da Cooperação Internacional do Brasil com Angola e Moçambique. Foram analisadas as mudanças de cargo ou função após a conclusão do mestrado; suas percepções de mudanças nas práticas de trabalhos do ponto de vista pessoal, profissional e trabalho coletivo; os graus de satisfação profissional e de impacto do mestrado no modo como desenvolvem as atividades profissionais. Utilizou-se questionário em formato eletrônico para preenchimento on-line para coleta de dados. **Resultados e Conclusões:** De um universo de 36 egressos, obteve-se taxa de retorno de 47,2 %. Atualmente todos os egressos continuam trabalhando em instituições de natureza pública. Houveram mudanças de cargos e funções em ambos os grupos estudados, com uma predominância de cargos de gestão, pesquisa e docência. Foi elevado, o percentual que avaliou como “alto” o grau de impacto do mestrado na vida profissional. Os egressos dos dois grupos apontaram como “alto grau” de impacto os atributos “Formação acadêmico-profissional”, “Crescimento pessoal” e “Ampliação da rede de relações”. Há evidências de que os egressos aplicaram algumas das suas competências adquiridas durante os cursos em seus locais de trabalhos, apontando como positivas as modificações pessoais, profissionais e no trabalho coletivo. A maioria dos respondentes consideram a formação recebida muito importante para a realização das práticas profissionais. Esses resultados são relevantes para o ensino superior, pois nos últimos anos tem-se investido recursos significativos para a ampliação do número de vagas para profissionais estrangeiros, tal como evidenciado pelo número crescente de programas e de instituições que participam da Cooperação Internacional. É essencial que os líderes do ensino superior brasileiro tenham uma compreensão das contribuições que esses cursos trazem para esses profissionais estrangeiros.

Palavras-chave: Cooperação Estruturante em Saúde; Cooperação Internacional; Egressos; Processo de trabalho em Saúde; Trajetória profissional.

ABSTRACT

Introduction: Research on the perceptions made by *Stricto sensu* alumni, provides the basis for analysing how the knowledge and skills acquired in such courses can relate to the skill paths and changes made at work. **Goal:** To analyse the professional path of alumni of the Fiocruz Master's Degree in Africa, offered in both Angola and Mozambique via the Health Structuring Cooperation, from 2008 to 2013, in an attempt to understand the impact of those courses as regards the labour process of those workers. **Methodology:** Research of a descriptive and exploratory nature undertaken on Master's Degree alumni in Public Health and Health Sciences of the Oswaldo Cruz Foundation, who graduated between 2008 and 2013, via Brazil's International Cooperation with Angola and Mozambique. The changes to job position and duties were analysed after completion of the Master's Degree; their perception of the changes in work practices from a personal, professional and teamwork perspective; the degree of job satisfaction and the impact that the Master's Degree has had on how they undertake their jobs. An online questionnaire was used for data collection. **Results and Conclusions:** From a total of 36 alumni, the response rate was of 47.2%. Currently all alumni continue working in institutions of a public nature. There were changes to job positions and duties in both groups researched, with a predominance of management, research and teaching positions. The percentage of those choosing "important" as regards the impact of the Master's Degree towards their professionals lives, was high. The graduates of both groups chose "very important" as regards the impact of the following attributes "Academic and Vocational training", "Personal growth" and "Expanding the relationship network". There is evidence that the graduates have applied in the workplace, some of the skills acquired during the courses. They have also indicated that the personal, professional and teamwork changes, have been positive. Most of the respondents consider the training received as major towards undertaking their jobs. These results are relevant towards higher education, given that over recent years, many resources have been invested in increasing the number of vacancies for foreign professionals, as evidenced by the growing number of programmes and institutions involved in the International Cooperation. It is essential that higher education leaders in Brazil have a better understanding of how these degrees contribute towards those foreign professionals.

Keywords: Health Structuring Cooperation; International Cooperation; Alumni; Labour process in health; professional trajectory.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC - Agência Brasileira de Cooperação
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COBRADI - Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional
CPLP - Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CRIS - Centro de Relações Internacionais em Saúde
CTPD - Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ENSPA - Escola Nacional de Saúde Pública de Angola
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
IANPHI - Associação Internacional do Instituto Nacional de Saúde Pública
INS/Moz - Instituto Nacional de Saúde de Moçambique
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JICA – Agência Japonesa de Cooperação Internacional
MS/Angola - Ministério de Saúde de Angola
MISAU – Ministério de Saúde de Moçambique
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PECS - Plano de Cooperação Estratégica em Saúde
UAN - Universidade Agostinho Neto
UNASUL - União de Nações Sul-Americanas
VPEIC/Fiocruz - Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Profissionais da área da saúde por 10.000 habitantes dos PALOP, 2016.	15
Figura 2	O conceito de “Cooperação Estruturante em Saúde”: Inovações conceituais e operacionais.	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, em Angola e Moçambique, no período de 2008 a 2013, por idade.	41
Gráfico 2	Egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, em Angola e Moçambique, no período de 2008 a 2013, por País, Estado e Província da Faculdade Cursada.	43
Gráfico 3	Grau de satisfação profissional dos egressos de Angola e Moçambique para diferentes atributos.	48
Gráfico 4	Grau de impacto do Mestrado.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Egressos de Angola e Moçambique que responderam ao questionário.	40
Tabela 2	Natureza da faculdade cursada pelos egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, em Angola e Moçambique, no período de 2008 a 2013.	43
Tabela 3	Principal atividade profissional dos egressos, com maior carga horária semanal.	44
Tabela 4	Tipo de atividades realizadas pelos egressos da Fiocruz na África na instituição que desenvolvem suas atividades profissionais, 2015.	45
Tabela 5	Carga horária semanal de trabalho dos egressos da Fiocruz na África, 2015.	47
Tabela 6	Motivação para procurar os mestrados da Fiocruz na África.	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Progressão de carreira.	55
Quadro 2	Novo emprego.	56
Quadro 3	Mudanças para funções especializadas.	56
Quadro 4	Formação de docentes.	57
Quadro 5	Impactos sobre a vida profissional: Aquisição de Novas Habilidades	58
Quadro 6	Impactos sobre a vida profissional: Melhor desempenho no trabalho	60
Quadro 7	Impactos sobre a vida pessoal: Desenvolvimento de habilidades.	61
Quadro 8	Impactos sobre a vida pessoal: Frustrações.	63
Quadro 9	Impactos sobre o trabalho coletivo.	65
Quadro 10	Aplicação de novas técnicas no trabalho.	66
Quadro 11	Transmitindo novos conhecimentos.	68
Quadro 12	Melhora do nível educacional.	69
Quadro 13	Produzir Pesquisa.	69
Quadro 14	Lecionar.	70

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	12
1.1. Objetivo Geral	18
1.1.1. Objetivos Específicos	18
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	19
2.2. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	23
2.2.1. Cooperação Estruturante em Saúde	25
2.3. O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE MESTRES EM SERVIÇO:	29
2.3.1. Mestrado em Saúde Pública de Angola	29
2.3.2. Mestrado em Ciências da Saúde de Moçambique	32
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA	36
3.1. Tipo de pesquisa	36
3.2. População de Estudo	36
3.3. Procedimentos de coleta de dados	36
3.4. Análise dos dados	38
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO PESQUISADA	41
4.2. PERFIL ACADÊMICO	42
4.3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL	44
4.4. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	47
4.5. FATORES QUE MOTIVARAM A REALIZAÇÃO DO MESTRADO	49
4.6. CONTRIBUIÇÕES DO MESTRADO PARA O TRABALHO ATUAL	51
4.7. MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO: VOZ AOS TRABALHADORES EGRESSOS	54
4.7.1. Mudanças no trabalho, de cargo e/ou função, após conclusão do mestrado	54
4.7.2. Impactos do Mestrado sobre a vida dos egressos	58
4.7.3. Aplicação de novas competências no local de trabalho	66
4.8. Planos para o futuro	68
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO 1 - Questionário	82
ANEXO 2 – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Angola	85
ANEXO 3 – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Moçambique	86

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

As percepções dos egressos, de cursos *Stricto sensu*, fornecem uma base que torna possível analisar como os conhecimentos e competências adquiridas nesses cursos estão relacionados com as trajetórias e mudanças nas habilidades desenvolvidas no trabalho. Isto se torna possível pelo fato dos egressos estarem aptos a avaliar a qualidade dos cursos, suas metodologias e mudanças em suas carreiras e processos de trabalho.

Os cursos *Stricto sensu* com características multiprofissionais recebem alunos de diferentes áreas do conhecimento, possibilitando o surgimento de novas oportunidades e facilitando a mobilidade. A procura por esses cursos reflete um grande interesse por informações de saúde e a escassez de conteúdo de qualidade disponível para atender a demanda.

Em 2006, o relatório *The World Health Report* da WHO evidenciou que em 57 países havia escassez de recursos humanos em saúde, tendo uma relação de menos de 2,5 trabalhadores de saúde por 1.000 habitantes (WHO, 2006). Esses resultados apontam para a necessidade de formação de recursos humanos para a saúde, devido à escassez de profissionais em diversas regiões do mundo, principalmente nos países mais pobres.

Nesse contexto, Evashwick et al (2013), relata que estudos sobre egressos de mestrados na área da saúde são escassos. Fato esse que pode ser justificado pelas diversas questões envolvidas, como as diferentes políticas educacionais, os diferentes conteúdos curriculares e as diferentes metodologias de ensino.

Apesar de todos os avanços desse milênio, o desenvolvimento da saúde e da educação nos países pobres, continuam estagnadas. *“Esta impactante falta de progresso resulta em enormes iniquidades dentro de um mesmo país e entre países, sendo esta situação continuamente agravada, pois o mundo tem crescido interdependente e desigual, onde os efeitos da pobreza e da má saúde não estão confinados às fronteiras nacionais (ALMEIDA et al, 2010, pág. 25).”*

Nesse contexto, o Brasil tem intensificado, nos últimos anos, os projetos de Cooperação Internacional principalmente com os países da África e da América do Sul. Essa cooperação se justifica devido ao fato, por exemplo, de serem locais em que uma significativa parcela da população ainda continua acometida com doenças negligenciadas, estas que já estão controladas em países desenvolvidos, como Tuberculose, Hanseníase, Malária, parasitoses e outras.

Em 2010, segundo o *Relatório de Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional*, onde estão reunidos dados e informações sobre as principais iniciativas implementadas pelo Brasil, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE), o Brasil investiu aproximadamente R\$ 1,6 bilhões na Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional (COBRADI), representando um aumento nominal de 91% em relação a 2009 (IPEA, 2013).

Conforme o relatório, a África é a região onde está concentrada a maior quantidade de fundos brasileiros, representando mais de 50% do total da cooperação com o mundo. Lá o Brasil investiu em qualificação profissional, aproximadamente 63 milhões de reais, revelando, portanto, a prioridade do governo brasileiro em conceder recursos destinados à formação acadêmica complementar (graduação e pós-graduação) de alunos estrangeiros (IPEA, 2013).

Ainda, segundo o comunicado, há de fato grandes gastos do governo federal com a Cooperação Internacional para o desenvolvimento que correspondem a disponibilização de pessoal, infraestrutura e recursos financeiros para a capacitação de indivíduos e o fortalecimento de organizações e instituições no exterior. Além de gastos com a organização ou participação em missões ou operações de manutenção da paz, com a gestão de programas e projetos científico-tecnológicos conjuntos com outros países e institutos de pesquisa, com a cooperação humanitária, com o apoio à integração de refugiados em território nacional, com o pagamento de contribuições e integralizações de participação em organismos internacionais e doações oficiais (IPEA, 2013).

Portanto, com esse aumento do volume da cooperação prestada, torna-se necessário uma maior atenção internacional e participação popular para o tema, visto que o Brasil, apesar de ser um país democrático, ainda possui níveis de pobreza interna bastante elevados. Portanto, torna-se necessário conhecer os efeitos e influências que os programas de cooperação proporcionam, para constatar se as mudanças estão sendo positivas e de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹ (Ver Anexos 2 e 3 para os ODM de Angola e Moçambique, respectivamente).

¹ Em setembro de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) e 189 nações, firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deverão ser alcançados até 2016.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, *Declaração do Milênio*, Nova Iorque, 2000. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf Acesso em 05/06/2016.

De acordo com Buss & Ferreira (2010^a, pág. 110), a formação de recursos humanos e o desenvolvimento da força de trabalho em saúde é “*crítico na África por causa da insuficiência de pessoal, desvalorização salarial, falta de oportunidades, déficit de escolas de formação e de educação continuada, além do brain draining (a emigração e fuga de cérebros da África), que retira de muitos países os poucos profissionais formados*”.

Conforme o relatório *World Migration in Figures* da OECD (2013), por exemplo, em 2010, das pessoas altamente qualificadas do continente africano, 90% das nascidas na Guiana, residiam nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), formada pelos países mais desenvolvidos do mundo e mais de 50% das nascidas em Barbados, Haiti e Trinidad e Tobago, viviam no exterior. O relatório refere que a fuga de cérebros é particularmente intensa entre pequenos países e estados insulares da África, onde entre 2010 e 2011, muitos países africanos tiveram as taxas de emigração até 20 vezes maiores de profissionais altamente qualificados, em relação à emigração em geral, estando Moçambique entre eles.

No entanto, a migração de cidadãos altamente qualificados para os países mais desenvolvidos torna-se uma grande preocupação para o desenvolvimento do mundo, pois a perda de capital humano afeta o fornecimento de serviços básicos, drenando recursos fiscais e reprimindo o crescimento econômico.

Segundo Pasqualin (2014, pág. 7):

“uma das estratégias para atenuar estes efeitos, que podem ser devastadores, é a formação rápida e em larga escala de recursos humanos em saúde, especializados e capacitados para a inovação e pesquisa em saúde, principalmente em nível de Pós-Graduação.”

Dessa forma, fica claro que a formação de recursos humanos em Saúde a nível *Stricto sensu*, precisa desenvolver em seu egressos as estratégias ligadas às habilidades de investigação, manejo das mais recentes tecnologias e capacidade para implementar programas de saúde de forma eficiente.

Conforme Pasqualin (2014, apud Savino et al. 2008):

“essas estratégias tornam os programas centrados nas prioridades locais, permitindo tanto a expansão dos cursos de pós-graduação como a qualificação de pessoal para a pesquisa em saúde, levando esses sujeitos a atuar como catalisadores da estruturação e fortalecedores dos sistemas de saúde desses países em desenvolvimento.”

Seguindo esse conceito, a cooperação entre os países visa melhorar a saúde dos grupos particularmente vulneráveis, através do desenvolvimento estruturante dos países parceiros,

tendo como alguns de seus objetivos a formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional.

É nesse sentido que a Fiocruz, pioneira na oferta de programas de mestrado na África, desenvolve projetos de Cooperação Internacional há algumas décadas. Sendo que, a partir de 2007, essa cooperação se intensificou e a Fiocruz passou a desempenhar o papel de assessora da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)², na estruturação da cooperação entre os países integrantes da Comunidade e para isso contou com a inauguração, em outubro de 2008, do Escritório Regional de Representação da Fiocruz na África (Fiocruz África), com sede em Maputo, Moçambique.

Os países da CPLP, em colaboração com a Fiocruz, produziram os Planos Estratégicos de Cooperação Internacional (PECS), incluindo cursos de pós-graduação *Stricto sensu* em Angola e Moçambique, que tem como principal objetivo apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países da Comunidade, a partir da criação ou modernização de suas “instituições estruturantes” (ALMEIDA et al, 2010).

Segundo Martins (2015), os sistemas de saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) possuem um enorme déficit de profissionais da saúde, tendo como problema a distribuição geográfica desses profissionais, pois ainda são insuficientes em quantidade nos grandes centros e esse problema se intensifica ainda mais no interior dos países, onde o problema é quantitativo e distributivo. Na figura abaixo temos uma comparação da densidade de trabalhadores da saúde nos PALOP com a média africana. Os PALOP apresentam uma densidade de trabalhadores inferiores à média africana.

Profissionais da área da saúde por 10.000 habitantes dos PALOP						
	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe	AFRO
Médico(a)s	1,7	3,1	0,7	0,4	0,4	2,7
Enfermeiro(a)s	16,6	5,6	5,9	4,1	1,8	12,4
Dentistas	0	0,23	0,26	0,08	0,67	0,35
Farmacêutico(a)s	0,02	0,00 – 0,10	0,2	0,41 – 0,78	0,1	0,8
População (milhões)	25.022.000	520.000	1.844.000	27.978.000	190.000	1,111 bilhões

Figura 1: Profissionais da área da saúde por 10.000 habitantes dos PALOP, 2016.

Fonte: OMS, 2016.

² Países que fazem parte da CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste.

Para que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde básicos, é necessário haver recursos humanos em saúde suficientes para as necessidades regionais em cada país. Países com menos de 2,5 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 1000 habitantes não atingem 80% de cobertura de imunização contra Sarampo e nem ao atendimento de mulheres no parto por profissionais qualificados (MARTINS, 2015).

O foco dessa dissertação foi a trajetória e as mudanças nos processos de trabalho dos egressos do curso de Mestrado em Saúde Pública, coordenado pela ENSP/Fiocruz e pelo Ministério da Saúde de Angola e do curso de Mestrado em Ciências da Saúde, coordenado pelo IOC/Fiocruz e pelo Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique. A escolha se deve, por serem os cursos mais consolidados, entre os ofertados pela Cooperação Internacional.

Portanto, buscou-se reunir informações para responder as seguintes questões norteadoras dessa dissertação: Quem são e onde estão os profissionais egressos dos cursos oferecidos pela Fiocruz na África, por meio da Cooperação Estruturante em Saúde? Os cursos oferecidos pela Fiocruz na África, por meio da Cooperação Estruturante em Saúde, influenciaram a trajetória profissional e o processo de trabalho dos seus egressos?

Os cursos de mestrado desenvolvidos pela Fiocruz através da Cooperação Internacional têm como público alvo os funcionários dos Ministérios da Saúde e dos Institutos Nacionais de Saúde, ou dos setores públicos dos países e exigem o compromisso de que os egressos permaneçam trabalhando em seus países de origem após a conclusão do curso, contribuindo assim, para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, Pasqualin (2014, pág. 12) aponta que “*o período de existência dos programas já permite a análise dos históricos de negociação, das temáticas das dissertações, a continuidade dos programas e desafios futuros*”.

Neste contexto, Timóteo (2011) apud Meira e Kurcgant (2009), relata que os trabalhadores egressos dos cursos de pós-graduação enfrentam, no cotidiano de suas rotinas de trabalho, situações variadas e muitas vezes complexas que os fazem cotejar as competências por eles desenvolvidas no decorrer do curso, com as demandas em suas atividades profissionais. Dessa forma esses trabalhadores têm condições de avaliar como o curso influenciou sua vida profissional e processo de trabalho.

Uma das metas de cooperação da Fiocruz é a formação e o treinamento de recursos humanos para atuar em saúde pública. Com isso, vem aumentando, a cada ano, o número de alunos africanos e o número de projetos nessa área, envolvendo crescentemente as Unidades da Instituição em diferentes áreas de atuação (OPAS, 2015).

Nesse contexto, torna-se relevante conhecer as influências desses cursos na trajetória profissional e no processo de trabalho dos seus egressos, para verificar se existem mudanças nessas trajetórias e transformações nos processos de trabalho com a apropriação dos conhecimentos adquiridos durante o curso. Com isso será possível diagnosticar se a Cooperação Internacional brasileira está estruturando a formação de recursos humanos desses países, para futuramente torna-los autônomos no sentido da formação de seus profissionais em seus institutos de saúde e universidades.

Conhecer como o curso influenciou a vida desses profissionais é um meio de fornecer evidências sobre a eficácia, normas e resultados dos cursos para os principais interessados, como estudantes, professores e outros profissionais envolvidos na educação dos profissionais de saúde, assim como conhecer quais foram as principais contribuições do curso para suas vidas e como a aquisição de novos conhecimentos possibilitou transformação nos seus processos de trabalho e no cuidado com a saúde. Com isso, podemos compreender a implementação das futuras políticas educacionais aqui no Brasil e no exterior.

Assim, para fins de sistematização, essa dissertação será apresentada em formato de capítulos. No primeiro capítulo temos a introdução à temática da dissertação e a definição dos objetivos gerais e específicos. No segundo capítulo está descrita a fundamentação teórica do objeto desse estudo. No terceiro capítulo está a Metodologia, que informa o caminho que percorremos, a nossa opção de métodos e técnicas, os procedimentos de captura de informação e os instrumentos que utilizamos no tratamento dos dados. No quarto capítulo estão os resultados e discussão. No quinto capítulo as considerações finais.

1.1. Objetivo Geral

Analisar a trajetória profissional dos egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, ofertados em Angola e Moçambique por meio da Cooperação Estruturante em Saúde, no período de 2008 a 2013, buscando conhecer as influências dos cursos nos processos de trabalho desses trabalhadores.

1.1.1. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores egressos dos cursos de mestrado da FIOCRUZ, oferecidos em Angola e Moçambique, por meio da Cooperação Estruturante em Saúde;
- Conhecer a trajetória profissional desses egressos;
- Conhecer as contribuições dos cursos de mestrado para a formação profissional e para o processo de trabalho destes trabalhadores, sob seus pontos de vista;
- Compreender as relações existentes entre as concepções de mudanças nos processos de trabalho entre os trabalhadores egressos dos cursos de mestrado em Angola e Moçambique.

CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A construção da fundamentação teórica do objeto desse estudo, a saber, a trajetória profissional e o processo de trabalho dos egressos da Fiocruz-África através da Cooperação Estruturante em Saúde, serão organizados em três eixos temáticos:

- O Processo de Trabalho em Saúde;
- A Cooperação Estruturante em Saúde,
- O contexto da formação de mestres em serviço.

2.1. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

As questões relacionadas ao trabalho no mundo contemporâneo há muito tempo não são pensadas de maneira simplificada, devido às inúmeras transformações no seu modo organizacional, com suas tecnologias, ao lado das transformações sociais. As práticas de trabalho, o saber, as instituições sociais e as leis, que são as unidades que dão configuração ao trabalho, foram se ajustando as novas necessidades históricas.

As práticas de trabalho desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde se modificam, no sentido de aprimoração, a partir do momento que esses sujeitos se apropriam de novos conhecimentos e metodologias, orientados e desenvolvidos por serviços mais avançados, capazes de gerar transformações para que esses profissionais da saúde, trabalhem de maneira articulada, integrando esses novos conhecimentos aos demais trabalhadores e serviços de saúde.

Para Marx (2001, p. 211):

“o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza. Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modificando sua própria natureza.”

O conceito de processo de trabalho marxista possui uma estrutura que possibilita olhar simultaneamente seus elementos e sua unidade, compreendendo os elementos que formam sua particularidade e sua integração. O trabalho como ocupação humana é naturalmente uma relação entre sujeito e objeto, cuja transformação está em constante deslocamento e complexidade constante.

Nesse sentido, Liedke (2002) adota a concepção de trabalho desenvolvida por Marx (1994), segundo o qual, o homem, agindo sobre as forças da natureza, transforma os recursos naturais em utilidades à vida e, conseqüentemente, transforma a si próprio, pois ao idealizar o objeto no material manuseado, atribuiu ali um significado ao seu próprio trabalho.

Conforme o entendimento de Merhy (1997), que também abraça a concepção marxista, o trabalho, além de ser uma atividade, é uma *práxis* (conjunto de atividades que visam a transformar o mundo) e essência geradora das relações sociais.

O autor Mendes-Gonçalves (1994) caracteriza o trabalho como um processo de transformações para satisfazer as necessidades humanas, dependendo este, de um projeto em mente prévio, ou seja, da intencionalidade. Caracterizando, assim, o trabalho como algo interessando e não espontâneo, permitindo assim, configura-lo sob à forma necessária de processo.

Os elementos que compõem o processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, que é o trabalho em si, que se organiza de forma específica; o objeto de trabalho, que é a matéria a ser transformada no decorrer do processo, constituindo-se um produto, e os meios e instrumentos de trabalho utilizados pelo trabalhador nesse processo (MARX, 2001).

Assim, o objeto de trabalho contém o produto, é tudo o que vai ser transformado por intervenção do trabalhador, ou seja, sobre o que incidir sua ação. Os meios e instrumentos de trabalho são constituídos pelo trabalhador que assim ampliam a possibilidade de intervenção sobre o objeto (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Conforme Lima et al (1996, pág. 16) apud Gonçalves (1986), um objeto de trabalho:

“é um fragmento da realidade recortado por um olhar que concebe, intelectualmente, um produto. A atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho. Os instrumentos ou meios de trabalho permitem a aproximação e transformação do objeto. As características do objeto, de um lado, e a finalidade do trabalho, de outro, determinam as características dos meios de trabalho.”

Na área da saúde, esses instrumentos constituem-se com tecnologias, que de acordo com Mendes-Gonçalves (1994, pág. 32), refere-se ao *“conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”*.

Nesse contexto, os trabalhadores constituem um dos elementos chave do processo de trabalho em saúde. Esses, devem ser entendidos no interior das relações entre objeto de

trabalho, instrumentos e atividades, assim como no interior do processo de divisão do trabalho (PEDUZZI, 2001). O trabalho enquanto transformador de um produto em outro, só se torna real através da colaboração entre os trabalhadores.

Existem muitas concepções sobre o desenvolvimento do trabalho. Portanto, ao se pensar nos eixos de organização dos processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde, vale ressaltar que qualquer inovação desejada nesses serviços precisa estar atrelada a inovações nas formas de capacitação de recursos humanos, organização e gestão do trabalho.

Destaca-se, assim, a necessidade de integração desses recursos humanos entre si, com a todos os beneficiários dos serviços fornecidos, construindo a cada dia novas formas de interação e de encontro de soluções adequadas. Nesse contexto, ocorre a construção e a fortificação das redes de serviços, articulando todo o conjunto de trabalhadores capacitados, portadores de novos conhecimentos, desejos e interesses.

Apesar de estarmos num novo século, a divisão social do trabalho, onde as variadas práticas sociais são desenvolvidas pelos trabalhadores, ainda são classificadas de acordo com uma ordem econômica, que os exclui, de acordo com a escala social a qual pertence. Com isso, de acordo com essa escala, algumas atividades são mais valorizadas que outras, dependendo da qualidade e da quantidade dos produtos produzidos.

Sendo assim, as práticas de trabalho que não produzem riquezas, tendem a ser pouco valorizadas, principalmente se precisarem de investimentos da sociedade sem retorno imediato (LEOPARDI et al, 1999). É nesse contexto que se encontram os processos de trabalho em saúde.

As instituições de saúde respondem à necessidade de suprir carências que a própria sociedade constrói, como uma forma de compensação do caráter excludor da organização social, atribuindo ao Estado a responsabilidade pelo bem estar social.

Temos notícias de avanços consideráveis do ponto de vista tecnológico e da organização dos serviços de saúde nos países desenvolvidos (LORENZETTI et al, 2012). Porém, os trabalhadores que prestam assistência estão dispostos numa escala dependente do valor agregado a seu trabalho nesta divisão social, tornando os trabalhos considerados mais simples menos valorizados (LEOPARDI et al, 1999).

Os trabalhadores da saúde, acabam sendo sobrecarregados pelo trabalho, mesmo que legalmente. Porém, os processos de trabalho podem ser orientados por tecnologias que causem impacto na realidade existente, transformando-a diretamente, ou fornecendo bases para que indivíduos e grupos a transformem.

Segundo CAVALCANTE (2008, pág. 20) apud LEOPARDI et al (1999):

“No cenário atual de transformações que influenciam diretamente o trabalho, destaca-se a desestruturação do modelo de desenvolvimento fordista com consequências extremamente perversas para a maioria dos trabalhadores.”

O setor saúde usa intensivamente equipamentos de tecnologia de ponta, sendo que as consequências em relação ao trabalho estão em debate e mostram diferenciações em relação ao que tem ocorrido no trabalho industrial, especialmente no que diz respeito ao desemprego que é intenso no setor industrial e não parece no setor saúde (PIRES, 1998).

Nas profissões de saúde, o profissional de nível superior detém o poder e os conhecimentos relativos à profissão e delega tarefas específicas a trabalhadores de nível médio ou elementar.

Conforme Krug (2006, pág. 43):

“Apesar de o trabalho assistencial em saúde continuar sendo prioritariamente compartimentalizado, com pouco ou nenhum espaço de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente, pode-se identificar algumas atividades que quebram com esse modelo tradicional e indicam a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo, como o trabalho multidisciplinar, realizado cooperativamente e interdisciplinarmente na avaliação, na realização de procedimentos e na orientação de pacientes. Para isso, é preciso repensar a forma de organização dos serviços de saúde, os serviços oferecidos, a base teórica para a fundamentação das pesquisas e o modelo da prática.”

A complexidade dos problemas exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo do tipo interdisciplinar que rompa com a visão fragmentada da superespecialização, em que o convencimento se sobreponha à submissão ao poder hierárquico.

2.2. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

De maneira geral, pode-se afirmar que cooperação é um modo de interação entre os Estados, com a finalidade de atenuar as desigualdades, poupando assim, a possibilidade de futuros conflitos entre eles. Nessa perspectiva, a Cooperação Internacional configura-se em um processo estruturado para a promoção de desenvolvimento no âmbito internacional, englobando mais de uma nação.

A Cooperação Internacional é um tema que vem sendo utilizado amplamente na literatura e sob diversos olhares. Conforme Campos et al (2010) o tema é discutido tanto como uma “*nova configuração de atuação de Estados e organismos internacionais*”, quanto como “*uma alternativa estratégica para o alcance do chamado desenvolvimento.*” Com isso, os estudiosos do assunto consideram a definição de cooperação internacional tanto recente como conflituosa (CAMPOS et al, 2010).

De acordo com Silveira (2013) apud Sato (2010):

“Cooperação internacional significa governos e instituições desenvolvendo padrões comuns e formulando programas que levam em consideração benefícios e também problemas que, potencialmente, podem ser estendidos para mais de uma sociedade e até mesmo para toda a comunidade internacional.”

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Cooperação Internacional é o mecanismo pelo qual um país ou uma instituição promove o intercâmbio de experiências exitosas e de conhecimento técnico, científico, tecnológico e cultural, mediante a implementação de programas e projetos com outros países ou organismos internacionais (ANVISA, 2014).

O relatório da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional (IPEA, 2013, pág. 3), define a Cooperação Internacional como:

“a totalidade de recursos investidos pelo governo federal brasileiro, totalmente a fundo perdido, no governo de outros países, em nacionais de outros países em território brasileiro, ou em organizações internacionais com o propósito de contribuir para o desenvolvimento internacional, entendido como o fortalecimento das capacidades de organizações internacionais e de grupos ou populações de outros países para a melhoria de suas condições socioeconômicas.”

A Cooperação Internacional para o desenvolvimento pode ser dividida em cinco categorias: Técnica, Científica e Tecnológica; Contribuições a Organizações Internacionais e Bancos regionais; Bolsas de estudo para estrangeiros; Assistência humanitária e operações de paz (IPEA, 2013). Tem como os principais objetivos o fortalecimento das instituições, melhora legislativa, fomento de políticas públicas, desenvolvimento de capacidades e aumento da conscientização dos direitos humanos.

A Cooperação Técnica Internacional é uma das formas de operacionalização da cooperação internacional, além de um instrumento para o adensamento das relações do Brasil com outros países, com ênfase na integração econômica, social e política. Conforme a Agência Brasileira de Cooperação (ABC, 2014), a:

“Cooperação Técnica Internacional constitui importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos campos social e econômico, incluindo a atuação do Estado, por meio de ações de fortalecimento institucional. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir ou compartilhar conhecimentos, experiências e boas-práticas por intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais, com vistas a alcançar um salto qualitativo de caráter duradouro.”

No Brasil, de acordo com a ABC (2014), a Cooperação Técnica Internacional é desenvolvida segundo duas vertentes: a Cooperação recebida do exterior e a Cooperação “Sul-Sul”, também chamada de Cooperação Horizontal ou Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento-CTPD).

A Cooperação Técnica recebida do exterior pode ser classificada em Bilateral e Multilateral. Essas modalidades buscam alcançar avanços qualitativos em processos de desenvolvimento do país, a partir da convergência entre os aportes técnicos disponibilizados por organismos internacionais (Cooperação Multilateral) e por países mais desenvolvidos (Cooperação Bilateral), com as capacidades humanas e institucionais presentes nas instituições brasileiras (ABC, 2014).

A Cooperação Técnica recebida Bilateral é considerada um propulsor de mudanças estruturais e tem como objeto a transferência de tecnologia e conhecimentos para o desenvolvimento socioeconômico do país. Aqui no Brasil é realizada por meio de capacitação e treinamento de técnicos brasileiros, consultorias de alto nível e doação de equipamentos de alta tecnologia, com o objetivo final de transferir novos conhecimentos às instituições brasileiras (ABC, 2014).

A cooperação técnica multilateral é aquela desenvolvida entre o Brasil e organismos internacionais através de programas e projetos de desenvolvimento social, econômico e ambiental (ABC, 2014). Essa cooperação inclui a implementação de programas e projetos de cooperação triangular (situação especial na qual há um doador, um recebedor e um terceiro que executa as ações de cooperação no país recebedor) entre o Brasil e organismos internacionais em benefício de países em desenvolvimento.

Segundo a ABC (2014), a Cooperação “Sul-Sul” refere-se:

“à cooperação técnica implementada pelo Brasil com outros países em desenvolvimento, por meio da qual o compartilhamento de experiências e conhecimentos disponíveis em um amplo espectro de instituições brasileiras junto a instituições de países interessados na cooperação com o Brasil permite promover o adensamento de suas respectivas relações em distintas dimensões, dentro do marco de uma política externa solidária no campo da Cooperação para o Desenvolvimento.”

Nesse contexto, a Cooperação “Sul-Sul” brasileira ocorre pela transferência de conhecimentos técnicos e experiência do Brasil, de forma a promover a autonomia dos parceiros envolvidos. Para tanto se vale dos seguintes instrumentos: consultorias, treinamentos e a eventual doação de equipamentos (ABC, 2014).

2.2.1. Cooperação Estruturante em Saúde

O modelo de Cooperação Sul-Sul adotada pelo Brasil, baseia-se na capacitação para o desenvolvimento e é chamado de "Cooperação Estruturante em Saúde" (ALMEIDA et al, 2010). Os projetos de cooperação são desenvolvidos com os países africanos e com os países da América do Sul.

De acordo com Buss (2011), este novo modelo é inovador, pois quebra com o modelo tradicional de transferência unidirecional e passiva de conhecimentos e tecnologias, e integra o desenvolvimento de recursos humanos com o desenvolvimento organizacional e institucional e propõe explorar as capacidades endógenas e recursos existentes em cada país.

A progressão além das formas tradicionais de ajuda internacional está centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com capacidade de construções locais, geração de conhecimentos e promoção do diálogo entre os atores, para que eles possam assumir a liderança nos processos

do setor de saúde e formular a agenda para o futuro desenvolvimento da saúde (Figura 2), para que os papéis das organizações internacionais mudem substancialmente (BUSS, 2011, pág. 1723; ALMEIDA et al, 2010, pág. 28).

De acordo com Kastrup e Pessôa (2012, p. 44):

“[...] uma cooperação internacional estruturante estimula que o país receptor assuma o protagonismo da mudança, formulando uma agenda sustentável e de longo prazo para o seu próprio desenvolvimento.”



Figura 2: O conceito de “Cooperação Estruturante em Saúde”.

Inovações conceituais e operacionais.

Fonte: BUSS, (2010a, pág. 29)

Conforme Almeida et al, (2010, pág. 28,29), os principais projetos de cooperação brasileira na África e América do Sul são:

“[...] direcionados para o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação das “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.),

escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos.

Esses Programas de Cooperação Internacional precisam considerar os fatores ideológicos, culturais e tradicionais dos países receptores. Sua criação precisa resultar de um diálogo com os agentes locais, através de um processo de reflexão compartilhada, garantindo abordagens acordadas conjuntamente, para se chegar a soluções definidas, beneficiando assim, todos os parceiros no processo.

Embora exista projetos de cooperação em negociação e em andamento com vários países africanos, a cooperação brasileira em saúde com a África, procura priorizar a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) (ALMEIDA et al, 2010, pág. 29).

Segundo Buss (2010a, pág. 110), a cooperação com a CPLP inclui sete eixos temáticos para a definição de projetos prioritários e metas a serem atingidas:

- (1) formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde;
- (2) informação e comunicação em saúde;
- (3) investigação em saúde;
- (4) desenvolvimento do complexo produtivo da saúde;
- (5) vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde;
- (6) emergências e desastres naturais;
- (7) promoção e proteção à saúde.

Os projetos de saúde da Fiocruz de 2009 em cooperação com Moçambique, segundo Almeida et al (2010, pág. 29) foram:

- Projetos em andamento: (1) Implantação da companhia farmacêutica pública, em Moçambique, com a finalidade de produzir antirretrovirais e outros medicamentos; (2) Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde; (3) Programa de Mestrado em Ciências da Saúde; (4) Criação da Escola Politécnica de Saúde; (5) Capacitação técnica em manutenção de equipamentos; (5) Criação do Instituto Nacional para a Mulher e a Criança; (6) Capacitação em serviços em saúde maternal e infantil; (7) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS) e (8) Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI).
- Projetos em negociação: (1) Apoio à reestruturação da empresa FARMAC e introdução do programa “Farmácia Popular”; (2) Apoio ao ensino à distância; (3) Capacitação em monitoramento e avaliação de programas e serviços (parte do acordo trilateral para combate à AIDS entre Brasil/EUA/Moçambique); (4) Capacitação em monitoramento e avaliação de serviços (parte do acordo trilateral para combate à AIDS entre Brasil/EUA/Moçambique).

E os projetos de saúde da Fiocruz de 2009 em cooperação com Angola, segundo Almeida et al (2010, pág. 29) foram:

- Projetos em andamento: (1) Programa de Mestrado em Saúde Pública; (2) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS).
- Projetos em negociação: (1) Apoio para a criação da Escola Nacional de Saúde Pública; (2) Apoio ao Programa de Gestão Hospitalar (colaboração com a JICA).

As principais áreas de atuação da Cooperação Técnica brasileira são agricultura, saúde, educação, meio ambiente, desenvolvimento urbano, segurança pública, administração pública, energia, trabalho, indústria, gestão da cooperação, ciência e tecnologia, cultura e etc.

A Associação Brasileira de Cooperação ao receber as demandas de cooperação dos países em desenvolvimento, estabelece parcerias com as instituições técnicas que serão responsáveis pela gestão e execução do programa ou projeto de cooperação.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma das instituições que desempenham importantes papéis como entidades executoras da cooperação, conta com o Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris) – “Global Health Center”, criado em 2009 e com o Escritório de Cooperação com a África (Fiocruz-África), em Maputo, com objetivo de acompanhar projetos propostos e coordenar os intercâmbios internacionais, fortalecendo a atuação da Fiocruz e do Ministério da Saúde em consonância com as políticas governamentais, através da oferta de informações, especialistas e mercadorias (BUSS, 2011, p.220).”

Segundo Buss (2010a, pág. 109):

"o diferencial na cooperação em saúde na CPLP, mesmo com recursos financeiros limitados, tem sido a grande quantidade de recursos humanos qualificados e a oferta de programas de pós-graduação em áreas críticas, como Saúde Pública, Doenças Transmissíveis e Saúde da Mulher e da Criança, em países como o Brasil e Portugal, assim como os países africanos.”

Com isso, o Fiocruz por meio da Cooperação Estruturante em Saúde atua na formação de recursos humanos para a saúde de qualidade, tanto para atuação na prática clínica, como no desenvolvimento de pesquisa e docência nos países africanos que carregam ainda um grande fardo de doenças negligenciadas.

2.3. O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE MESTRES EM SERVIÇO:

O fomento à qualificação de profissionais de saúde pública para reforço das capacidades locais é uma das diretrizes da Fiocruz em escala internacional (FIOCRUZ, 2016). Por isso, objetivando para a criação de cursos *Stricto sensu* nos países que compõem a União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e nos países africanos que compartilham a Língua Portuguesa, a instituição vem atuando em conjunto com os ministérios da Saúde e das Relações Exteriores de vários países.

Os países africanos precisam atingir os ODM relacionados com a saúde para assegurar a igualdade no acesso, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Para isso, os sistemas de saúde precisam ser fortificados, com a ampliação dos RHS, para deixarem de ser barreiras à concretização das intervenções essenciais (OMS, 2012).

Além da falta de profissionais de saúde, existe também a fraca capacidade de gestão dos RHS em muitos países africanos, incapacitando-os de formar adequadamente profissionais de saúde qualificados na quantidade certa para onde são necessários (OMS, 2012). Ainda é bastante limitada a capacidade para formação de RHS em muitos países devido ao número insuficiente de pessoal qualificado para o ensino, falta de materiais de aprendizagem e de infraestruturas adequadas (OMS, 2012).

A escassez dos RHS é reconhecida como prioritária no sistema de saúde dos países africanos. Com isso, existem várias oportunidades para enfrentar essa deficiência, incluindo as iniciativas mundiais para a saúde, através das cooperações internacionais entre os países.

2.3.1. Mestrado em Saúde Pública de Angola

Angola é um país situado no sudoeste do continente africano. Em seus 1.246.700 km² habitam cerca de 25 milhões de pessoas, com uma taxa de crescimento de 3,1% ao ano. Está dividida em 18 províncias, 164 municípios e 532 comunas. O país tem uma população jovem e urbana (OMS, 2016b).

O Sistema de Serviços de Saúde de Angola possui três níveis. O primeiro nível é formado por centros de saúde / hospitais municipais, rurais e urbanos e ainda por centros de saúde e unidades sanitárias de empresas. O segundo nível é formado por Hospitais Gerais, de domínio provincial e o terceiro nível é formado pelos Hospitais Centrais, sendo estes de referência nacional (OMS, 2010).

Conforme a Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (OMS, 2010), existe uma carência extrema de médicos e uma distribuição desigual de RHS em Angola. Ainda, segundo a Análise: o sistema de saúde de Angola é assegurado, com graves lacunas, por pessoal técnico, com as consequentes limitações para a resolução dos problemas de saúde; o sistema de avaliação e organização do pessoal é incipiente; verifica-se a falta de um sistema administrativo-financeiro, o que dificulta a prestação de contas; a formação contínua não está devidamente organizada e é escassa, não cobrindo todo o pessoal.

Angola possui atualmente 17 universidades (7 estatais e 10 privadas), 19 institutos superiores (7 estatais e 12 privados) e 2 escolas superiores autónomas (ambas estatais) e conta com somente dez cursos de mestrado e dois cursos de doutorado. Devido à dificuldade de criação de novos curso e fixação de professores no país, na atualidade, a formação de RHS através da CES é uma das mais rápidas estratégias para formar novos profissionais.

Nesse contexto, em 2007, Brasil e Angola, assinaram o Ajuste Complementar ao acordo de Cooperação Cultural e Científica para implantação do projeto “Capacitação do Sistema de Saúde de Angola” e o Ajuste Complementar na área de “Formação de docentes em Saúde Pública em Angola”, onde o artigo primeiro determina que o Ajuste “visa estabelecer o programa de cooperação educacional intitulado “Formação de Docentes em Saúde Pública em Angola”, com objetivo de abrir a primeira turma de mestrado e apoiar à estruturação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola”, sendo a Fiocruz foi designada, como responsável pela execução e avaliação das atividades, juntamente com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (FEDATTO, 2013, pág. 94).

De acordo com o artigo terceiro de o Ajuste Complementar, a principal responsabilidade brasileira é:

“designar e enviar especialistas para formar docentes, pesquisadores e profissionais em saúde em Angola com capacidade de participar no desenvolvimento de modelos analíticos de agravos endêmicos e no planejamento, implantação e avaliação de propostas de intervenção em nível das práticas e programas de saúde do sistema de saúde de Angola” (DOU, 2007).

Em Angola, o programa de Mestrado em Saúde Pública, realizado em parceria da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz com o Ministério da Saúde de Angola formou, até o momento, somente uma turma e não se encontram em aberto novos processos seletivos. Trata-se de um programa multidisciplinar, que admite candidatos de

diversas áreas de conhecimento e o processo de seleção seguiu as normas regulamentares da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O mestrado em Saúde Pública de Angola, iniciado em 2007, foi a primeira experiência da Cooperação Estruturante em Saúde relacionada a formação de recursos humanos a nível *stricto sensu* fora do Brasil (ENSP, 2012, pág. 3)

Conforme Pasqualin (2014, pág. 43), o curso, que tinha como objetivo:

“formar docentes e pesquisadores numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, foi uma demanda do Ministério da Saúde de Angola que procurava alicerçar a capacidade institucional de seu Sistema de Saúde por meio da capacitação de recursos humanos em saúde em áreas estratégicas para compor a futura Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA).

O curso buscava colaborar para o aprimoramento e desenvolvimento do Sistema de Saúde e qualificar os profissionais para a análise, planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas de saúde, no contexto epidemiológico e social do país em um contexto de democratização e reconstrução nacional pós-guerra civil (PASQUALIN, 2014, pág. 43 apud ENSP, 2012, pág., 7).

Segundo a ABC (2008), o programa de mestrado foi parte do Projeto de Cooperação Brasil-Angola, firmado em 2007 com o Ministério da Saúde Angolano, que incluía a implantação de uma biblioteca de saúde, uma Escola de Saúde Pública. A formação de recursos humanos em Saúde Pública era fundamental e estratégica para o desenvolvimento do país.

O curso foi financiado pela ABC/MRE e pela CAPES, com gestão dos recursos realizada pela Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação (VPEIC)/Fiocruz e o Governo de Angola contribuiu com a coordenação durante os módulos e orientações no país, além do transporte interno dos docentes.

O programa exigiu nível superior e que os candidatos fossem funcionários dos quadros públicos de saúde do país, como a Universidade Agostinho Neto (UAN), o Ministério de Saúde (MS/Angola) e suas dependências e as direções provinciais de saúde, onde uma das metas do curso era proporcionar uma articulação entre o MS/Angola e a UAN, para fomentar a continuidade de iniciativas educacionais entre eles (PASQUALIN, 2014, pág. 45).

O primeiro processo seletivo ofertou 30 vagas, sendo 5 vagas destinadas para candidatos dos outros países dos PALOP, porém não houve candidatos dos PALOP e as vagas foram preenchidas com os cidadãos de Angola. As aulas iniciaram em maio de 2007 nas

dependências do Instituto Superior de Enfermagem da UAN, espaço que foi posteriormente ocupado pela ENSP. O curso ofereceu disciplinas da área da saúde pública e tutoria para o desenvolvimento da dissertação (PASQUALIN, 2014, pág. 47).

Em 2010, quatorze alunos realizaram a qualificação dos seus projetos de mestrado e um defendeu a dissertação e em 2011 ocorreram mais quatorze defesas, totalizando 15 alunos que completaram o curso com sucesso e foram titulados pela ENSP/Fiocruz. O diploma foi expedido pela Fiocruz aos concluintes e tem o mesmo valor legal de um diploma expedido por instituições angolanas. Os 15 alunos desligados receberam declaração de conclusão das disciplinas em que foram aprovados (PASQUALIN, 2014, pág. 47).

2.3.2. Mestrado em Ciências da Saúde de Moçambique

Moçambique está localizado na Região Austral da África e é banhado pelo Oceano Índico, ao longo de aproximadamente 2.800 km. Tem cerca de 4.330 km de fronteiras terrestres com: Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbábwe, Suazilândia e África do Sul. Tem uma superfície de 799.380 km² (OMS, 2016c).

A população é de 23.4 milhões de habitantes, distribuída por 10 províncias e a Cidade de Maputo, que tem estatuto de província e 128 distritos. A população está a crescer a uma taxa média de 2,6% por ano, e é predominantemente rural (70%) e a maioria não ultrapassa os cinquenta anos de vida, tornando-se num país bastante jovem, onde a população feminina constitui a maioria (52%) (OMS, 2016c).

Moçambique tem uma das densidades de profissionais mais baixas da África devido ao baixo número de pessoal habilitado e das rápidas mudanças das necessidades em saúde do país, fator ainda é agravado pela baixa remuneração, projeção limitada da carreira, alta carga de trabalho e o ambiente de trabalho difícil (OMS, 2010). A fim de contornar essa situação, o governo através do Ministério da Saúde (MISAU) vem investindo na educação em saúde através de projetos nacionais e da cooperação internacional multi e bilateral, sendo a formação e o aperfeiçoamento de RHS, prioridades das linhas de ação do Brasil em Moçambique (OMS, 2010).

O Brasil, em março de 2007, também assinou com Moçambique um ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, objetivando a implantação do projeto “Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique” (FEDATTO, 2013, pág. 96), onde sua justificativa baseava-se na crença de que:

“uma das principais estratégias para enfrentar o quadro de complexidade dos problemas do sistema de saúde encontra-se no aprimoramento do Instituto Nacional de Saúde que resultará em uma melhoria do suporte e da qualidade do sistema de diagnósticos de Moçambique, do desenvolvimento de protocolos nacionais, do apoio a coleta de dados que possam apoiar políticas nacionais baseado em evidências e como suporte da pesquisa em saúde.” (ABC, 2007, pág. 1).

O artigo primeiro de o Ajuste Complementar expõe a sua finalidade:

“a) apoiar a organização e implementação do curso de Mestrado em Ciências da Saúde em Moçambique para formar futuros profissionais que atuarão no ensino e na pesquisa no país; b) apoiar a reestruturação da rede de bibliotecas em saúde; c) apoiar a elaboração do Planejamento Estratégico do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique” (ABC, 2007, pág. 1).

Em relação às responsabilidades dos países, estabelece o artigo terceiro que ao Brasil cabe:

“a) designar e enviar especialistas brasileiros a Moçambique para desenvolver as atividades de cooperação técnica previstas no Projeto; b) receber especialistas moçambicanos no Brasil para serem capacitados pelas instituições executoras do Projeto; e c) acompanhar e avaliar o desenvolvimento do projeto” (ABC, 2007, pág. 1).

Ao Governo de Moçambique cabe:

a) designar especialistas moçambicanos que participarão de atividades de cooperação técnica no âmbito do Projeto no Brasil e em Moçambique; b) disponibilizar instalações e infraestrutura adequadas à execução das atividades de cooperação técnica do Projeto em Moçambique; c) prestar aos especialistas brasileiros apoio necessário à execução do Projeto; e d) acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto (ABC, 2007, pág. 1).

O programa de mestrado em Ciências da Saúde coordenado pelo IOC é parte do Projeto de Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, firmado em 2007, como ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, datado de setembro de 1981. Além de formar mestres para atuar no ensino e na pesquisa em Moçambique, o Projeto teve

como objetivo apoiar a reestruturação da rede de bibliotecas em saúde no país e a elaboração do planejamento estratégico do INS (PASQUALIN, 2014, pág. 52).

O curso que surgiu em 2006 por demanda do governo moçambicano, está inserido no âmbito da Cooperação Estruturante em Saúde entre o Brasil e os PALOP, tem com objetivo de formar docentes e pesquisadores para Moçambique e a primeira turma teve início em março de 2008, com apoio financeiro da CAPES e da ABC do MRE (SILVEIRA, 2011). Segundo a autora, em edital que atendiam às necessidades apontadas pelo INC, foram selecionados 15 alunos.

O programa admite somente candidatos da área de ciências biomédicas e o processo de seleção também segue as normas regulamentares da CAPES. O público alvo são funcionários do Ministério da Saúde com formação na área de ciências biomédicas, com tempo mínimo de serviço de dois anos, devem estar ligados a uma área de serviço de laboratório ou investigação científica e possuir parecer favorável do local de trabalho para realização do curso, pois visa à formação de mestres com capacidades de realizar pesquisa em saúde no país, contribuindo na busca de soluções para os problemas de saúde pública e para o aprimoramento e desenvolvimento de seu Sistema de Saúde. Os alunos, que são liberados de suas atribuições para dedicar-se ao curso em período integral, comprometem-se a trabalhar para o Sistema Nacional de Saúde após o término do mestrado (PASQUALIN, 2014, pág. 47).

A Fiocruz envia professores que passam de uma a duas semanas ministrando módulos do curso no Centro Regional de mestrado, onde o programa funciona como um consórcio de três programas do IOC, nas áreas de Biologia Celular e Molecular, Biologia Parasitária e Medicina Tropical (OMS, 2010). Também são oferecidos cursos de epidemiologia, saúde mental, saúde do trabalhador, administração hospitalar e planejamento.

Conforme SILVEIRA (2011, pág. 35):

Durante os seis primeiros meses do curso foram oferecidas presencialmente 15 disciplinas obrigatórias, com deslocamento de docentes brasileiros para ministrar disciplinas em Maputo. Ao longo do ano de 2009, em continuidade ao processo de desenvolvimento técnico-acadêmico, 7 alunos vieram ao Brasil para um período de aproximadamente 3 meses de estágio nos laboratórios da Fiocruz. Os alunos em estágio ficaram hospedados em alojamento no Centro de Referência Hélio Fraga, recentemente incorporado à Fiocruz, e contaram com bolsas de mestrado concedidas pela CAPES durante o período de estadia. As defesas dos projetos da primeira turma foram realizadas em novembro de 2010, com temáticas que englobavam DST/AIDS, malária, protozoários e helmintos entre outros. A segunda turma

teve início em março de 2010, com 10 alunos selecionados de um total de 16 postulantes.

Conforme Pasqualin (2014, pág. 47), cada aluno possui dois orientadores, um orientador brasileiro e um moçambicano, com o esforço para fomentar a parceria entre pesquisadores dos dois países. Os alunos moçambicanos passam por um período de 2 a 3 meses no Brasil, para desenvolvimento técnico-acadêmico e para finalização da dissertação. Durante o período de disciplinas, professores brasileiros, juntamente com professores moçambicanos, ministram aulas em Maputo.

A qualificação dos projetos e as defesas de dissertação ocorrem em Maputo, com participação de membros moçambicanos e os egressos são titulados pelo IOC. Este é, dentre os cursos de Cooperação Estruturante em Saúde da Fiocruz, o que tem a estrutura mais consolidada, uma vez que já formou duas turmas e tem outras duas em andamento.

O programa de Mestrado em Ciências da Saúde formou até o momento duas turmas, com um total de 21 egressos e existem mais duas turmas em andamento, com 26 alunos matriculados. Planeja-se que os diplomas sejam binacionais, mas até o momento, o diploma é emitido pela Fiocruz.

Além do Mestrado em ciências da saúde, coordenado pelo IOC/Fiocruz, começou a funcionar também em Moçambique o Mestrado em Sistemas de Saúde, que está em sua primeira turma e existe a proposta de criação do doutorado em Saúde Pública e Ciências da Saúde, sob a responsabilidade da Universidade Eduardo Mondlane e do Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique, tendo a Fiocruz, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e a Universidade Federal do Rio de Janeiro como comitê consultivo, porém ainda não foi implantado.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1. Tipo de pesquisa

Buscando compreender as influências dos mestrados da Fiocruz na África nas trajetórias profissionais e nos processos de trabalhos de seus egressos, realizamos uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória. Foram coletadas, no Sistema de Gerenciamento Acadêmico Eletrônico (SIGA) e nos questionários *online* respondidos pelos egressos, informações referentes às trajetórias profissionais e mudanças nos processos de trabalho.

Na análise dos resultados, como ainda não existem estudos com egressos dos cursos *stricto sensu* da Fiocruz na África publicados, faremos a discussão através de comparações com outros estudos de egressos nas áreas da Saúde Pública, Saúde Coletiva e outras áreas de conhecimento, relevantes.

3.2. População de Estudo

Constituída por 36 trabalhadores egressos dos programas de pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz na África, oferecidos em Angola e Moçambique, através da Cooperação Estruturante em Saúde, no período 2008 a 2013.

Em Angola, o programa de Mestrado em Saúde Pública, foi realizado em parceria da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz com o Ministério da Saúde de Angola. Em Moçambique, o programa de Mestrado em Ciências da Saúde, vem sendo realizado em parceria do IOC – Instituto Oswaldo Cruz com o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (INS/Moz).

Os demais mestrados, oferecidos pela Fiocruz através da Cooperação Estruturante em Saúde, não foram contemplados nesse estudo por ainda não ter concluídos.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram seguidas as normatizações da Comissão nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes na resolução do CNS nº 466 (BRASIL, 2012). Esse projeto foi aprovado com número CAAE 42956415.2.0000.5240 e autorizado início em 27/04/2015.

3.3. Procedimentos de coleta de dados

Na primeira etapa fizemos um levantamento no SIGA (<http://www.sigass.fiocruz.br/>), autorizados por um termo de anuência, para verificação do nome completo dos egressos, seus

países de origem, sexo, idade, graduação, mestrado concluído, turma, ano de conclusão, e-mail e endereço se disponível.

Na segunda etapa foi elaborado um questionário, constituído de perguntas abertas e fechadas, baseado em dois modelos de Projetos de Acompanhamento de Egressos da Fiocruz, desenvolvidos por Elizabeth Artmann³ e Claudio Huquet entre 1998 e 2002 e por Virgínia Alonso Hortale⁴ et al entre 2007 e 2010. O roteiro do questionário, constituído por 10 blocos de perguntas, abordou os seguintes aspectos: Atividade Profissional, Satisfação Profissional, Formação e Processo de Trabalho. O questionário foi hospedado em *Formulários Google* (<https://docs.google.com/>).

As pesquisas realizadas através da internet têm como vantagens, para o pesquisador, um baixo custo, flexibilidade e poder atingir populações específicas mais rapidamente. Já para os respondentes tem como vantagem a possibilidade de respondê-las da maneira que for mais conveniente, no tempo e local de cada um (FREITAS et al, 2004).

Como desvantagens, que podem distorcer os resultados de pesquisas online, tem baixa adesão, pois os entrevistados pode esquecer-se de responder e até mesmo apagar o e-mail, com isso esse tipo de pesquisa poderá ter um menor índice de retorno. Nesse sentido, Gomes & Goldenberg (2010), considera que apesar das vantagens desse tipo de estudo proporcionar rápidas coletas e disseminação de informações com custos reduzidos, tem a desvantagem de perder o contato interpessoal que uma entrevista proporciona, podendo acarretar perdas consideráveis.

Segundo Gomes & Goldenberg (2010), as motivações para que os egressos respondam a pesquisas online são muito variadas, assim como às características dos cursos que os titulam, portanto não acham possível considerar as amostras proporcionais ao universo de egressos de um determinado período. Considerar pequenas amostras para representar uma totalidade de egresso pode gerar vieses ou distorção dos reais resultados dos estudos.

De acordo com PEZZOLI et al (2015), estudos realizados através da internet estão sujeitos a algumas limitações, como uma taxa de resposta com cerca de metade da população

³ ARTMANN, Elizabeth e HUQUET, Claudio desenvolveram na Fiocruz, entre 1998 e 2002, o projeto: *Pesquisa com doutores egressos do curso de Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ: de onde vêm e para onde vão estes novos doutores?*

⁴ HORTALE, Virginia Alonso; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza; BOCHNER, Rosany e LEAL, Maria do Carmo, desenvolveram na Fiocruz, entre 2007 a 2010, o projeto de pesquisa: *Trajetória profissional e percepções dos egressos de cursos de doutorado da Fiocruz.*

estudada, pois uma baixa adesão pode indicar que existem alguns membros que podem não estar trabalhando com saúde pública e/ou não está interessado na pesquisa.

Na terceira etapa foi realizado um teste piloto que possibilitou a melhora do questionário, através da troca de expressões e exclusão de perguntas inadequadas aos objetivos estabelecidos.

Na quarta etapa enviamos *e-mails* para todos os egressos encontrados no SIGA. O texto da primeira mensagem de *e-mail* tinha uma explicação sobre o estudo, um *link* para o questionário a ser respondido, os esclarecimentos das medidas para garantir a confidencialidade e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, oferecendo ao egresso as opções de: “Recusar” ou “Aceitar” participar da pesquisa.

Outras mensagens foram encaminhadas para incentivar os egressos a responder ou completar o questionário. Foram feitas três tentativas num período de 15 dias de intervalos entre elas, após o envio do primeiro *e-mail*.

O texto das mensagens foi igual em todos os *e-mails* e continha um convite de apresentação para a participação do projeto de pesquisa e uma explicação dos objetivos da mesma, além do esclarecimento de não remuneração, bem como a não obrigatoriedade de participar da pesquisa e o sigilo total em relação ao nome dos participantes. Para que o egresso pudesse responder o questionário ele deveria acessar um link que foi disponibilizado online ou abrir uma cópia no anexo do e-mail.

Após o questionário ser fechado, os dados foram transferidos do servidor para uma planilha do *Microsoft Office Excel*[®] e estão armazenados em arquivo físico (HD externo), onde permanecerá por um período mínimo de 5 anos após o término desta pesquisa.

3.4. Análise dos dados

A partir do banco de dados gerado através das respostas dos egressos ao questionário enviado por e-mail, as perguntas fechadas foram analisadas através de técnicas estatísticas básicas. Para a avaliação da percepção dos respondentes, quanto à satisfação profissional e grau de impacto do mestrado, foram utilizados a escala Likert e o teste de Mann-Whitney.

De acordo com Gil (2008), através da escala Likert de cinco pontos, o indivíduo pode manifestar seu nível de concordância e discordância, sobre a questão que está sendo medida. Já o teste de Mann-Whitney é indicado para comparação de dois grupos não pareados, para se verificar se há evidências para acreditar que valores de um grupo A são superiores aos valores do grupo B. Em nosso caso, foi utilizado para verificar se existem diferenças estatísticas em

relação à satisfação profissional entre os egressos Moçambicanos e os egressos Angolanos (gráfico 3).

As perguntas abertas foram exploradas através da Codificação Analítica, base para o desenvolvimento da análise, que pareceu a abordagem mais adequada e coerente para dar voz aos trabalhadores egressos. Primeiro foi realizado a organização de todo o material coletado, feito uma leitura flutuante e a identificação de tendências, semelhanças e divergências de percepção. Desse trabalho, emergirão as categorias de análise. A análise de codificação permitiu comparar os pontos de vista dos participantes, a fim de mostrarem a riqueza, a complexidade e as contradições do meio social estudado.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através da pesquisa estão apresentados neste capítulo, assim como a discussão, de acordo com os objetivos propostos. Serão apresentados: o perfil dos egressos respondentes, a análise das perguntas fechadas e a análise das perguntas abertas.

Do universo de 36 egressos (15 Angolanos e 21 Moçambicanos), 17 responderam ao questionário eletrônico, sendo a maioria de Moçambique (12 egressos), enquanto Angola, apenas 5 egressos responderam a esta pesquisa (tabela 1). Observaram-se menores índices de respostas por parte dos egressos de Angola, que talvez seja devido ao maior tempo de diplomação e possível alteração de seus contatos de e-mail e telefone.

Tabela 1 - Egressos de Angola e Moçambique que responderam ao questionário.

Quantidade de egressos dos mestrados da Fiocruz na África		Respondentes	%
Angola	15	5	33,5
Moçambique	21	12	57,2
TOTAL	36	17	47,2 %

A taxa geral de retorno de 47,2 % foi razoável e ficou acima do que se esperava para a conclusão dessa pesquisa, ou seja, 25%. Para Marconi e Lakatos (2010), os questionários *online* enviados para os entrevistados alcançam em média 25% de índice de retorno.

Alguns estudos tiveram taxas de retorno inferiores ao dessa pesquisa, porém sem perda para o alcance dos objetivos propostos. O estudo de Bryla (2015) sobre os impactos do intercâmbio na vida profissional dos egressos de um curso de marketing, obteve uma taxa de resposta de 16,7% e considerou um resultado muito bom. O autor justificou que esse tipo de metodologia de investigação tem como desvantagens a falta de adesão dos egressos para responder aos questionários, além do tempo e do esforço necessário para preenchê-lo. Já Fahy et al (2008) obteve uma taxa de retorno de 28,3% em seu estudo com egressos de dois cursos de mestrado em Educação no Canadá.

No estudo de Hortale et al (2014) com egressos dos cursos de doutorado da Fiocruz, obteve uma taxa de resposta global de 32,3%. Os autores relataram que apesar dessa proporção estar acima do esperado, a baixa adesão decorreu da dificuldade em localizá-los, possivelmente por estarem com endereços eletrônicos desatualizados ou terem mudado de estado ou de país.

4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO PESQUISADA

Serão abordados no perfil sociodemográfico as seguintes variáveis: sexo, idade, Estado e Província de residência.

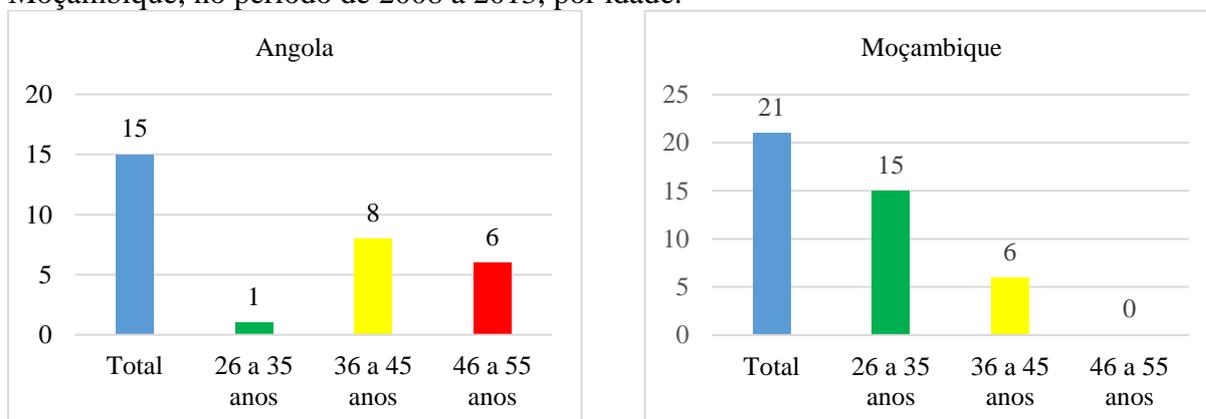
4.1.1. Sexo

Do contingente de 36 trabalhadores egressos, 55,6 % são homens, enquanto 44,4 % são mulheres. Em Moçambique a proporção de mulheres egressas foi 52,4 %, enquanto a de homens 47,6 %. Em Angola encontra-se maior percentagem de homens, são 66,6 % egressos do sexo masculino e apenas 33,4 % do sexo feminino. Esse resultado contrasta ao que normalmente é observado nas categorias profissionais da área da saúde, que são marcadas fortemente pela presença feminina. Esse aspecto pode ser explicado devido ao fato dos homens, em Angola, ocuparem a maioria dos postos de trabalhos de níveis técnicos e superiores (KLAVEREN et al 2009).

4.1.2. Idade

Dos 15 egressos de Angola, percebe-se que a diferença de idade difere do grupo de egressos de Moçambique, pois a maioria, 53,3%, tinham idades entre 36 a 45 anos e 40,0% entre 46 a 55 anos (gráfico 1). Quanto aos 21 egressos de Moçambique, 71,4 % tinham entre 26 a 35 anos e 28,6 % entre 36 a 45 anos ao concluir o curso de mestrado (gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, em Angola e Moçambique, no período de 2008 a 2013, por idade.



4.1.3. Estado e Província de residência

Em relação ao estado da Federação e províncias em que os egressos dos cursos de mestrado nasceram e residem, dos egressos de Angola, todos nasceram no país e residem no mesmo, sendo 13 na capital Luanda, 1 na província de Bendina e 1 na província de Namibe. Dos egressos de Moçambique, todos são naturais do país e a maioria, 19, residem na capital Maputo, seguido por 1 na província de Martinica e 1 na província de Matola.

4.2. PERFIL ACADÊMICO

A situação acadêmica dos 36 egressos da presente pesquisa foi caracterizada quanto aos cursos de graduações, as naturezas, estados e províncias das faculdades cursadas.

4.2.1. Cursos de Graduação

Dos tipos de graduação cursadas pelos egressos de Angola, 53% mencionaram serem formados em enfermagem, enquanto 47 % em outros cursos, como Medicina, Psicologia, Farmácia e Ciência Hospitalar. Como o mestrado em Saúde Pública tem natureza multidisciplinar, podemos que o público alvo foi constituído por graduados das várias áreas da saúde.

Entre as graduações mencionadas pelos egressos de Moçambique, 80% são de Ciências Biológicas e os 20% restantes formados em Medicina Veterinária, Medicina e Bioquímica (gráfico 2). O curso de mestrado em Ciências da Saúde, também tem cunho multidisciplinar, porém possui grande ênfase em práticas laboratoriais, com isso, observamos o maior interesse pelos formados em Ciências Biológicas.

4.2.2. Natureza da Faculdade Cursada

Observa-se na tabela 2 que 100% dos egressos de Moçambique são provenientes de universidades de natureza pública. Já, entre os egressos de Angola, 86 % são provenientes de universidades de natureza pública e 14% provenientes de instituições privadas de ensino.

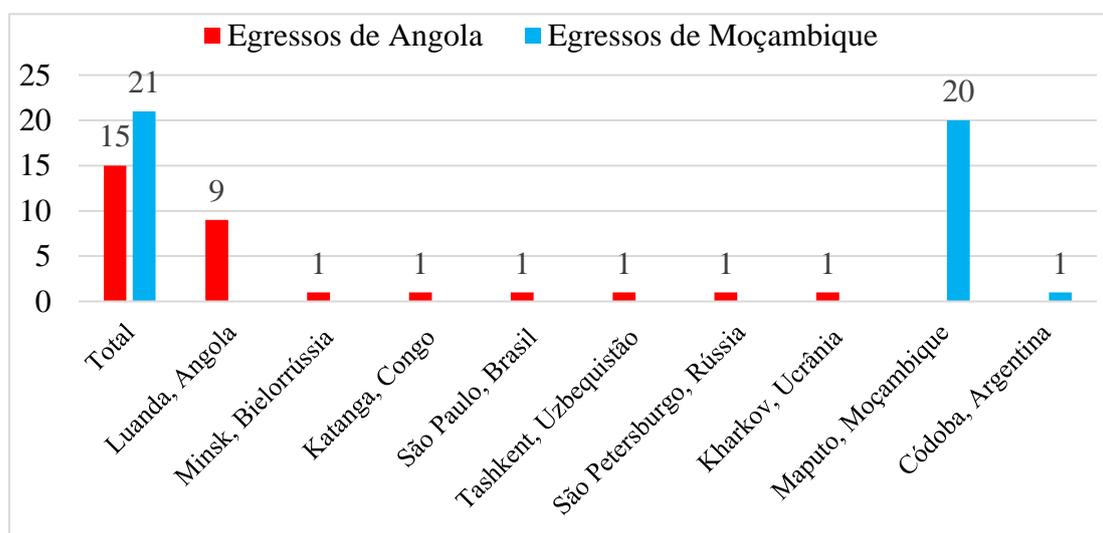
Tabela 2 – Natureza da faculdade cursada pelos Egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, em Angola e Moçambique, no período de 2008 a 2013.

Natureza da instituição	Angola		Moçambique		Total
	Freq	%	Freq	%	
Pública	13	86,0%	21	100,0%	34
Privada	2	14,0%	0	0,0%	2
Total	15	100,0%	21	100,0%	36

4.2.3. País, Estado e Província da Faculdade Cursada

Do total de faculdades mencionadas pelos egressos de Angola, 60% delas estão na capital Luanda, enquanto 40 % em outros países estrangeiros, com predominância por países da África e da Ásia, entre eles, Minsk na Bielorrússia, Katanga no Congo, São Paulo no Brasil, Tashkent no Uzbequistão, São Petersburgo na Rússia e Kharkov na Ucrânia (Gráfico 2). Já entre as faculdades mencionadas pelos egressos de Moçambique, 95% delas estão em seu país de origem, a capital Maputo e apenas 5% em outros países, como Córdoba na Argentina.

Gráfico 2 - Egressos dos cursos de mestrado da Fiocruz na África, em Angola e Moçambique, no período de 2008 a 2013, por País, Estado e Província da Faculdade Cursada.



4.3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Eixo de bastante importância para a pesquisa por caracterizar a situação de emprego dos egressos. Foram analisados os seguintes aspectos: situação atual de atividade, natureza da instituição de trabalho, ano de ingresso na instituição, posição ocupada e carga horária semanal.

4.3.1. Atividade atual

Como descrito anteriormente, as principais atividades profissionais, antes do ingresso nos cursos de mestrados ofertados pela Fiocruz na África, eram nos Institutos de Saúde Angola e Moçambique, pois se tratava de um pré-requisito para realização do curso.

Em relação à principal atividade profissional, definida como a atividade de maior carga horária exercida pelos egressos, atualmente, a maioria continua com vínculo empregatício nos Institutos Nacionais de Saúde de Angola e Moçambique, ou seja, as principais atividades profissionais da maioria dos egressos são realizadas em instituições públicas (tabela 3).

Em estudo sobre egressos de Doutorado na Fiocruz, Hortale et al (2014) constatou que o vínculo com instituição pública também foi mais frequente e crescente ao longo do tempo.

Tabela 3 - Principal atividade profissional dos egressos, com maior carga horária semanal.

Natureza da instituição	Angola		Moçambique		Total
	Freq	%	Freq	%	
Pública	4	80,0%	12	100,0%	16
Organização não Governamental	1	20,0%	0	0,0%	1
Total	5	100,0%	12	100,0%	17

Antes de ingressar no curso de mestrado, 91,7% dos trabalhadores de Moçambique exerciam atividade profissional na mesma instituição que trabalham atualmente. Já os egressos de Angola, 60% não exerciam atividade profissional na instituição que trabalham atualmente, porém permaneceram em seus países de origem. Isso demonstra que os egressos permaneceram próximos dos locais onde realizaram os cursos de mestrado e não tiveram necessidade de deslocamento para cidades com maior conglomerado de serviços e oportunidades de trabalho.

Dessa forma, o investimento por parte dos governos na vida desses egressos está retornando aos estados na forma de prestação de serviços. Portanto, em contraste com a fuga

de cérebros encontrada nos estudos de Kuehn (2007) e Kellerman et al (2012), onde parte dos egressos deixaram seus países de origem, não se verificou nesse estudo a ocorrência do fenômeno.

De acordo com a pesquisa de Kellerman et al (2012), com egressos de um Mestrado em Epidemiologia ofertado na África, houve migração após a conclusão do curso, onde 14% migraram dentro da África (para outros países africanos) e 5% migraram para fora da África.

Segundo Pezzoli et al (2015), manter os egressos em seus países de origem após a conclusão do mestrado tem sido um dos grandes desafios, especialmente por causa da baixa remuneração dos países da África que oferecem menos oportunidades profissionais do que os países europeus que são mais estabelecidos.

4.3.2. Ano de ingresso na instituição

Em relação ao ano de ingresso na instituição atual, houve uma diferença entre os dois grupos pesquisados: os egressos de Angola estão há mais tempo na instituição na qual trabalham e os egressos de Moçambique, a maioria, por volta de 10 anos, ou seja, a maioria ingressou entre os anos 2005 a 2009.

Observamos que os alunos moçambicanos, em sua maioria, ingressaram na instituição a partir de 2000, enquanto os alunos angolanos, em sua maioria, ingressaram anteriormente ao ano de 2000. Esse fato está relacionado à data de criação dos institutos nacionais de saúde dos dois países, o que explicaria os egressos de Moçambique ser mais jovens. Angola teve o instituto fundado em 1899 e Moçambique em 1975.

4.3.3. Posição ocupada

Em relação à posição ocupada no trabalho atual, houve uma predominância de cargos elevados tanto entre os egressos de Angola, quanto entre os egressos de Moçambique. Os egressos de Angola responderam que ocupam cargos de Chefia, Direção e Secretaria de Estado, além de exercerem função de Gestores de Programas de Saúde e Docência. Já os egressos de Moçambique responderam que ocupam cargos de Chefia, Coordenação, Docência e Responsabilidade técnica por setores, além de exercerem funções de pesquisa, supervisão e assistência a docentes.

No que diz respeito aos tipos de atividades que desempenham, 80% dos respondentes de Angola referiram exercer atividades profissionais simultâneas (como docência e pesquisa). Com base nas respostas da tabela 4, observamos que 80% estão envolvidos com Ensino; 80% com Assistência à Saúde; seguido por 60% com Pesquisa e 40% com Desenvolvimento

tecnológico. Alguns poucos egressos, em torno de 20%, atuam na área de Gestão Acadêmica e/ou Consultoria.

Já em relação aos respondentes de Moçambique, somente 50%, referiram exercer atividades profissionais simultâneas, sendo 80,3% envolvidos com Pesquisa; 66,7% com Ensino; seguidos por 33,3% com Desenvolvimento tecnológico e 25% com Assistência à Saúde. Apesar de alguns respondentes terem apontado como resposta Outros tipos de atividades, nenhum deles especificou qual seria.

Tabela 4 - Tipo de atividades realizadas pelos egressos da Fiocruz na África na instituição que desenvolvem suas atividades profissionais, 2015.

Atividades	Angola		Moçambique		Total
	Freq	%	Freq	%	
Pesquisa	3	60%	10	83.3%	13
Ensino	4	80%	8	66.7%	12
Desenvolvimento tecnológico	2	40%	4	33.3%	6
Assistência à saúde	4	80%	3	25%	7
Gestão Acadêmica	1	20%	1	8.3%	2
Consultoria	1	20%	1	8.3%	2
Outros	1	20%	2	16.7%	3

Observamos uma grande dispersão de atividades, nos dois grupos estudados, quando analisamos a função exercida por eles. Entretanto, observamos que a função pesquisador é predominante entre os respondentes Moçambicanos. Já entre respondentes Angolanos não há uma função predominante.

4.3.4. Carga horária semanal

No que se refere à carga horária semanal de trabalho (tabela 5), a maior frequência de respostas, nos dois grupos estudados, foram para o período maior que 40 horas semanais. Entre os egressos de Angola, 80% trabalham mais de 40 horas semanais, enquanto 20 % trabalham de 31 a 40 horas semanais. Dos egressos de Moçambique, 33,3 % trabalham entre 31 a 40 horas semanais, enquanto 66,7% trabalham mais de 40 horas semanais.

Tabela 5 - Carga horária semanal de trabalho dos egressos da Fiocruz na África, 2015.

Carga horária semanal de trabalho	Angola		Moçambique		Total
	Freq	%	Freq	%	
Mais de 40 horas semanais	4	80,0%	8	66,7%	12
De 31 a 40 horas semanais	1	20,0%	4	33,3%	5
Sem jornada fixa, até 30 horas semanais	0	0%	0	0%	0
Total	5	100,0%	12	100,0%	17

O fato dos respondentes terem vínculos profissionais concomitantes pode revelar que parte deles pode estar vivenciando a precarização do trabalho, diante as diversas funções exercidas.

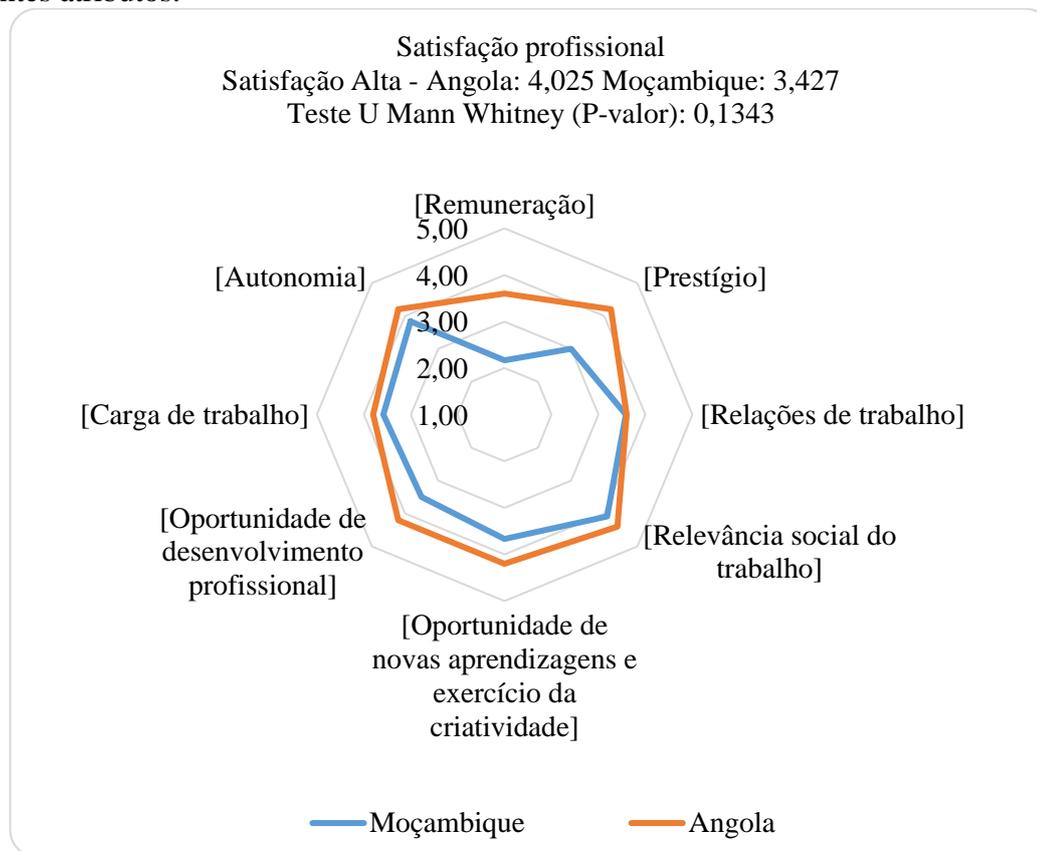
4.4. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Através da utilização da escala de valores Likert (escala de valores de 1 a 5), observou-se que a maioria dos egressos, dos dois grupos estudados, estão “satisfeitos” ou “extremamente satisfeitos” à satisfação profissional. Apontaram como de maiores proporções de satisfação, os itens como “Relevância social do trabalho”, “Oportunidade de novas aprendizagens e exercício da criatividade”, “Oportunidade de desenvolvimento profissional”, “Carga de trabalho”, “Autonomia”, “Prestígio” e “Relações de trabalho” (gráfico 3). O cálculo dos intervalos de confiança (IC95%) para as proporções desses atributos não apontaram diferenças.

Com relação ao atributo “Remuneração”, observamos que os dois grupos estudados ficaram insatisfeitos, o que pode evidenciar uma desvalorização profissional, mesmo com um título de mestrado.

Ao observar o gráfico, temos a impressão que os egressos de Angola apresentaram valores de satisfação que diferem dos egressos de Moçambique, porém ao aplicar o teste de Mann-Whitney para comparar a satisfação profissional entre os egressos, observamos um p-valor de 0,1343. Dessa forma, não existem indícios estatísticos para afirmar que haja diferenças entre a satisfação profissional entre os egressos, uma vez que o p-valor observado é maior que 0,05.

Gráfico 3 - Grau de satisfação profissional dos egressos de Angola e Moçambique para diferentes atributos.



Gomes & Goldenberg (2010) encontraram resultados semelhantes em estudo com egressos, pois a maioria dos relatou estarem “satisfeitos” ou “extremamente satisfeitos”. Apontaram como os mais altos de níveis de satisfação associada à PG em Saúde Coletiva à categoria “relevância social do trabalho”, seguidos por “oportunidade do exercício de criatividade associada às novas aprendizagens”, “desenvolvimento profissional”, “prestígio”, “autonomia” e “relações de trabalho”. Os autores observaram o maior percentual de insatisfação nos quesitos “novas oportunidades de trabalho” (56,6%) e “remuneração” após a titulação, devido ao fato de alguns egressos não tiveram mudanças de emprego e função, ou ausência de aumento de salário (Gomes & Goldenberg, 2010) .

No estudo de Kahlon et al (2015), os egressos relataram altos níveis de satisfação com a experiência global do programa, onde a maioria relatou que o curso cumpriu ou excedeu suas expectativas. Já no estudo de Souza et al (2014), metade dos egressos declararam que suas expectativas em relação ao mestrado foram alcançadas, devido ao fato do bom aprimoramento científico e à boa qualificação do corpo docente dos programas.

Segundo Bush & Lowery (2016), os cursos de pós-graduação possibilitam um impacto estatisticamente positivo entre os trabalhadores da saúde, quanto à satisfação no trabalho. Segundo o autor, os egressos apresentam melhor qualidade na prestação de serviços e estão melhores preparados para o crescimento profissional e para desafios, por adquirirem uma maior autonomia.

4.5. FATORES QUE MOTIVARAM A REALIZAÇÃO DO MESTRADO

No que diz respeito à motivação dos egressos para a realização do mestrado, perguntamos os três motivos mais importantes que fizeram com que procurassem a Fiocruz (tabela 6). Apesar de alguns trabalhadores terem a Fiocruz como única opção para ingressar no mestrado, devido à escassez de cursos *stricto sensu* na África, destacou-se o atributo “Excelência do Curso”, que apresentou percentual de 100% entre os egressos de Angola, seguidos pelos atributos “Prestígio da instituição” com 80%, “Tradição da instituição” com 40% e “Probabilidade alta de obter bolsa de estudos” e “Conveniência decorrente da estruturação do curso” com 20% cada.

Tabela 6 - Motivação para procurar os mestrados da Fiocruz na África.

Atributo da motivação	Angola		Moçambique	
	N	%	N	%
Tradição da instituição	2	40%	8	66.7%
Prestígio da instituição	4	80%	6	50%
Excelência do curso	5	100%	6	50%
Interesse na linha de pesquisa oferecida	0	0%	2	16.7%
Probabilidade alta de obter bolsa de estudos	1	20%	2	16.7%
Conveniência decorrente da estruturação do curso	1	20%	1	8.3%
Interesse num orientador específico	0	0%	1	8.3%

Entre os egressos de Moçambique, o atributo de maior proporção foi “Tradição da instituição” com 66,7%, seguido de “Prestígio da instituição” e “Excelência do curso”, com 50% cada. Entre os egressos de Moçambique, os atributos “Interesse na linha de pesquisa oferecida” e “Probabilidade alta de obter bolsa de estudos” apresentaram percentual 16,7%, enquanto “Conveniência decorrente da estruturação do curso” e “Interesse num orientador específico” apresentaram percentual de 8,3% (tabela 6).

Resultados semelhantes foram relatados Gomes & Goldenberg (2010) que observou a concordância entre os egressos sobre os motivos da escolha das instituições formadoras, como tradição, prestígio, excelência da instituição e linha de pesquisa. Segundo os autores, apesar de grande parte dos egressos já estarem inseridos no mercado de trabalho e estarem desenvolvendo atividades profissionais na própria instituição, foi grande a porcentagem que assinalou “possibilidade de obtenção de bolsa de estudo”, “interesse por um orientador específico” e “estruturação do curso”.

Segundo Bryła (2015) as novas perspectivas de emprego, a comodidade de não precisar realizar mobilização internacional e uma boa reputação do curso, são importantes fatores de motivação para a procura por mestrado.

Na opção Outros, os egressos relataram motivos pessoais e profissionais, não diretamente ligados a instituição formadora. Destacaram-se como motivação as oportunidades de progressão de carreira, possibilidade concorrer para outro cargo e ocupar outra função, obtenção de novas habilitações acadêmicas e conhecimentos na área de Ciências da Saúde. Alguns egressos relataram que a motivação partiu da necessidade institucional, por terem visão do surgimento de novos postos de trabalho, a partir da conclusão dos cursos.

Conforme Costley (2015), em seu estudo sobre impactos de projetos de dissertação no trabalho, as principais motivações que levaram os egressos a realizarem um curso de mestrado foram o entusiasmo pessoal, o desejo de desenvolvimento pessoal e a aquisição de experiência profissional, sendo as razões para a escolha dos programas diretamente relacionadas com a flexibilidade dos programas, com atividades relacionadas com o local de trabalho, sessões de aulas em horários compatíveis com a carga de trabalho, interdisciplinaridade entre os conteúdos teóricos com as práticas dos problemas do dia-a-dia que enfrentam trabalho.

Resultados semelhantes são observados na literatura. Kahlon et al (2015) encontrou como principais fatores de motivação, a possibilidade para progredir na carreira atual, seguido de melhoras nas perspectivas de emprego e interesse pessoal. Souza et al (2014), relatou que a principal motivação para os egressos foi para aprimorar a carreira docente, seguido pelo interesse específico pela pesquisa. Para Wilson & Wen (2000) relataram o desejo de assumir novas responsabilidades no trabalho e proporcionar uma melhor assistência aos pacientes.

Conforme Watkins (2011), os egressos apresentaram como motivação para a carreira, "buscar um desafio pessoal" e "buscar um desafio profissional". Outras motivações apontadas estão relacionadas a “acessibilidade e disponibilidade do curso”, “desenvolvimento de

carreira”, “prestígio associado a realização de um mestrado” e “alcançar o conhecimento e as habilidades para melhor desenvolver a prática clínica. “

4.6. CONTRIBUIÇÕES DO MESTRADO PARA O TRABALHO ATUAL

Avaliações sobre os impactos dos cursos de mestrado no trabalho dos egressos são difíceis de desenvolver e realizar, devido ao fato dos fatores que influenciam os egressos, antes e após a conclusão dos cursos não poderem ser controlados. Esses fatores podem estar relacionados aos conteúdos e estrutura curricular dos cursos, aos objetivos da aprendizagem e os modelos de seleção dos estudantes, que muitas vezes são influenciados pelas políticas orçamentárias do ensino superior (OECD, 2012).

Existem ainda aos fatores individuais, como cursos adicionais, motivação e questões pessoais; fatores relacionados com o trabalho, como a cultura organizacional, as barreiras de gênero e renda, bem como as influências do mercado de trabalho e as políticas globais.

Os respondentes avaliaram cinco atributos acerca das contribuições do mestrado nas atividades que desenvolvem atualmente. Foi elevado, entre os dois grupos de egressos estudados, o percentual que avaliou como “alto” o grau de impacto do mestrado na vida profissional. Dos egressos de Angola, 4 avaliaram como “Alto” e 1 como “Médio” o grau de impacto do mestrado na vida profissional. Já entre os egressos de Moçambique 43% avaliaram como “Alto”; 38% como “Médio” e 19% como “Baixo” o grau de impacto do mestrado na vida profissional.

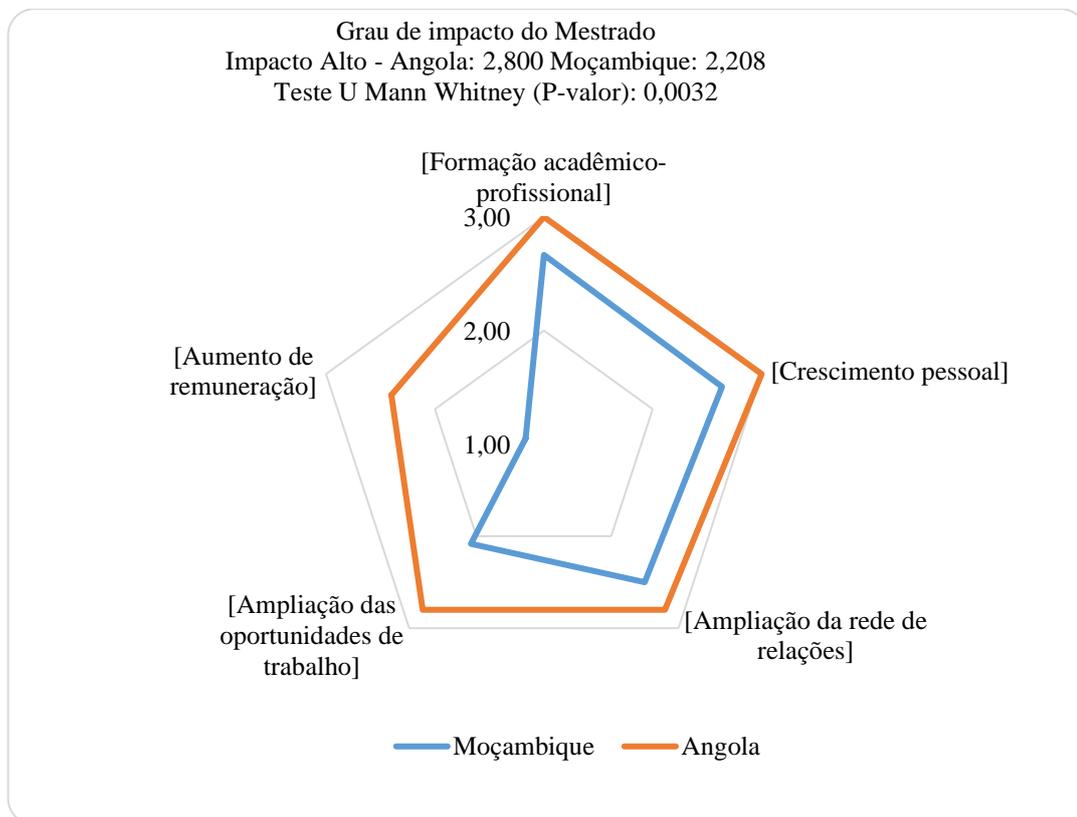
Tanto os egressos de Angola, quanto os egressos de Moçambique, apontaram os atributos “Formação acadêmico-profissional”, “Crescimento pessoal” e “Ampliação da rede de relações” como “alto impacto”. Houve diferenças entre os dois grupos estudados, em relação aos atributos “Ampliação das oportunidades de trabalho” e “Aumento de remuneração”, que foram avaliados como “alto impacto” entre os egressos de Angola e “médio impacto” e “baixo impacto” entre os egressos de Moçambique. Vale ressaltar que 83.3% dos egressos de Moçambique consideram que o curso não influenciou alterações a nível de remuneração, pois não tiveram aumento de salários.

Para analisar o grau de impacto do mestrado entre os egressos, foi realizado o teste de Mann-Whitney (gráfico 4). Como podemos observar, de acordo com o teste realizado, há diferença significativa entre o impacto que o curso de mestrado causa nos alunos Angolanos e

Moçambicanos. Podemos observar um impacto maior entre os alunos angolanos (Impacto de 2,80) do que os alunos moçambicanos (Impacto de 2,21) e conforme observado no teste de Mann-Whitney essa diferença é significativa uma vez que o $p\text{-valor} = 0,0032 < 0,05$. Esse fato se deve a maior insatisfação dos egressos de Moçambique com a remuneração.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gomes & Goldenberg (2010), pois os egressos atribuíram “alto grau de impacto” do mestrado na “formação acadêmico-profissional”, no “crescimento profissional”, na “ampliação da rede de relacionamentos”, na “ampliação de oportunidade de trabalho” e no “exercício do cargo/emprego atual”. O impacto sobre a capacidade de ampliação das oportunidades de trabalho e aumento da remuneração foram avaliadas como moderada. Isso pode ser devido a dificuldades económicas atuais.

Gráfico 4: Grau de impacto do Mestrado



Achados semelhantes foram relatados por Pezzoli et al (2015), em um estudo de uma associação de profissionais egressos de mestrados e doutorados em epidemiologia e microbiologia em saúde pública da União Europeia, que evidenciou a influencia dos cursos nas “novas oportunidades de emprego” e no “desenvolvimento profissional”, além das “oportunidades de aprendizagem” e do “compartilhamento de conhecimentos entre os membros da associação”.

Weller et al (2015) em seu estudo com egressos de um mestrado em Ciências dos Alimentos para avaliar o impacto em longo prazo do programa em seu sucesso na carreira, observou através da análise de uma escala padrão de 5 pontos, níveis altos da influência do curso, devido ao fato dos egressos prosseguirem imediatamente para empregos na indústria alimentar ou para doutorado nas áreas de Ciências de Alimentos.

Segundo Hortale et al (2010), em estudo sobre os egressos dos mestrados profissionais da Fiocruz na área da Saúde, mais de 60% dos egressos consideraram que o curso possibilitou adquirir conhecimentos que os capacita a desenvolver propostas para realizarem intervenções e seus processos de trabalhos, assim como relatam que o mestrado produziu mudanças positivas em seus processos de trabalhos.

Na pesquisa de Costley (2015), também foram evidenciados impactos diretos nas atividades relacionadas ao trabalho dos egressos de mestrado, que relataram mudanças reais em diversas atividades profissionais, como melhora da eficiência no trabalho, melhor capacidade para assumir responsabilidades e cargos mais especializados. No entanto, apesar dos egressos relatarem como benefício para os empregadores, o aumento do prestígio para a instituição e aumento na produção de trabalho, também foi observado o fenômeno de não haver melhoras na remuneração.

Analisando-se as evidências do grau em que os mestrados produziram modificações no modo como os egressos desenvolvem suas atividades de trabalho, observamos que os dois grupos de egressos consideram que os cursos contribuíram substancialmente. Dos egressos de Angola, 100%, consideram que o curso contribuiu muito positivamente, enquanto entre os egressos de Moçambique, 58.3% consideram positivamente e 41.7% consideram muito positivamente.

Os cursos de mestrado ofertados em Angola e Moçambique, pela Fiocruz, estão diretamente ligados aos serviços de saúde, assim os egressos, durante e após a conclusão do curso, são estimulados a perceber a possibilidade de mudanças nas práticas de trabalho no seu contexto e com isso realizá-las.

4.7. MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO: VOZ AOS TRABALHADORES EGRESSOS

Nesta etapa serão apresentadas as respostas dos egressos às perguntas abertas, relacionadas ao processo de trabalho, presentes no questionário que foram: “Houve mudanças no seu trabalho, de cargo e/ou função, durante e/ou depois do curso de mestrado?”; “Qual ou quais os impactos do curso de mestrado sobre sua vida?”; “Você aplicou no seu trabalho conteúdos que aprendeu no curso de Mestrado?”.

4.7.1. Mudanças no trabalho, de cargo e/ou função, após conclusão do mestrado.

De acordo com os questionários analisados, todos os egressos Angolanos relataram mudanças no trabalho durante e/ou depois do curso de mestrado. Entre os egressos Moçambicanos, a ocorrência de mudanças no trabalho foi de 58,30% e 41,7 % não relatou mudanças.

O conjunto de egressos respondeu a pergunta “*Houve mudanças no seu trabalho, de cargo e/ou função, durante e/ou depois do curso de mestrado?*”. A análise das respostas resultou em quatro categorias temáticas representativas da percepção do conjunto dos trabalhadores egressos – “Progressão de carreira” (quadro 1); “Novo emprego” (quadro 2); “Mudanças para funções especializadas” (quadro 3); “Formação de docentes” (quadro 4).

A formação de profissionais de saúde a nível *strictu sensu* é importante e necessária para que haja mudanças em suas trajetórias profissionais, pois contribuem diretamente para que identifiquem e analisem reflexivamente as condições das práticas de trabalho. Através dos cursos podem se apropriar e desenvolver novas habilidades críticas e reflexivas, para transformarem as experiências práticas em conceitos necessários a sua progressão humana, social e profissional, que são fundamentais na sua formação enquanto trabalhador.

Cursos de mestrado contribuem para a aquisição de múltiplas habilidades/competências profissionais e interpessoais, que são altamente valorizadas pelos futuros empregadores, além de constituir uma experiência social e cultural valiosa (BRYLA, 2015).

Houve semelhanças entre os dois grupos estudados em relação às mudanças de cargos, pois os respondentes relataram que o título de mestrado favoreceu a aquisição de novos cargos e funções, além de outros diversos tipos de oportunidades, como a possibilidade de assumir cargo de chefia e de coordenação. Alguns egressos tiveram progressão de carreira para cargos elevados, como relatados nas falas de EA1 e EM8 no quadro 2 abaixo.

Quadro 1: Progressão de carreira

Progressão de carreira para cargos elevados de Direção e Chefia
<i>Passei de Diretor Municipal de um Centro de Saúde para Chefe de um Departamento Provincial de Saúde Pública. (EA1)</i>
<i>De Médico passeia a ser Diretor de Hospital, Vice Ministro e Secretario de Estado. (EM8)</i>
<i>Mudança de sector para ocupar posição de Chefe de laboratório. (EM1)</i>
<i>Assumi novas posições de coordenação e chefia. (EM2)</i>
<i>Após a conclusão do curso de Mestrado, passei assumir cargo de chefia como responsável interino do Laboratório e do setor de [...](EM6)</i>
<i>Mudança de cargo [...] mais oportunidades de ocupar um cargo de chefia, bem como mais oportunidades de crescimento técnico-científicas. (EM8)</i>

Esses resultados demonstram a importância da credibilidade e da aceitação local dos cursos ofertados pela Fiocruz, pois possibilitou aos egressos a oportunidade da progressão de carreira para assumir cargos do governo, de grande importância para o desenvolvimento da Saúde Pública regional.

Mudanças de trabalho, cargos ou funções foram encontradas em outros estudos com egressos de cursos de pós-graduação. Possivelmente, esse elevado número de alterações pode indicar um movimento desses trabalhadores para centros de pesquisa e controle de doenças.

Outras pesquisas na área de Saúde Pública, como de Le L.C. *et al* (2007) evidenciaram em geral, que os alunos relataram promoção para cargos mais elevados após a conclusão do mestrado, aumentando assim a proporção de egressos em cargos elevados em níveis nacional e internacional. Os autores relatam que é difícil afirmar que todas as promoções relacionam-se com a formação a nível de mestrado, porém, as entrevistas qualitativas sugeriram que o curso deu uma grande contribuição para as suas perspectivas de carreira.

Schattner *et al* (2007) constataram que os cursos contribuiriam substancialmente para que os egressos fossem promovidos para cargos de liderança e para cargos técnicos, adquiriram novas responsabilidades ou em alguns casos mudança de empregador.

Em estudo realizado por Zhaoa *et al* (2006), a maioria dos egressos concordaram que o mestrado gerou impacto positivo sobre as suas carreiras, pois conseguiram novos postos de trabalhos, aumento de salário e/ou promoção de emprego para os que permaneceram com o

mesmo empregador. O autor relata que as alterações ocorreram imediatamente à conclusão do curso.

O mestrado possibilitou um impacto positivo sobre as perspectivas de novos empregos, pois os egressos indicaram o ocorrido em consequência da conclusão do curso. No quadro 2 podemos observar que os egressos atribuem ao mestrado a aquisição da nova função ou cargo.

Quadro 2: Novo emprego

Novo emprego através de concurso
<i>Depois do curso de mestrado, fiz concurso para uma nova função. (EA8)</i>
<i>O curso de mestrado deu-me a possibilidade de concorrer para o novo cargo que exerço atualmente, que realmente trouxe muitas mudanças na minha vida profissional. (EA4)</i>

Os dados obtidos nessa pesquisa foram coerentes com a pesquisa de Hesselbarth (2015) que relatou, em seu artigo, que a maioria dos egressos mudou de emprego enquanto cursavam ou após o mestrado ou tiveram promoção na carreira. O autor relatou que alguns egressos que mudaram de empregador, estavam associados a uma alteração no campo de pesquisa (área de trabalho).

Mihail & Kloutsiniotis (2014) concluiu que o mestrado facilitou a seus egressos encontrar um novo emprego ou ter promoção de carreira, devido ao considerável enriquecimento do conteúdo de aprendizagem, aplicável ao trabalho.

Os benefícios obtidos pelos egressos relacionados à progressão de carreira para cargos especializados podem ser verificados nas falas de EM7 e EM12, do quadro 3. Pode ser observado que utilizaram expressões positivas para indicar mudança de função.

Quadro 3: Mudanças para funções especializadas.

Mudanças para funções especializadas
<i>Agora desenvolvo atividades na área de sorologia e biologia molecular de Rotavírus. (EM7)</i>
<i>Mudança de carreira para especialista. Fui convidada a fazer parte do comitê institucional de bioética do meu local de trabalho. (EM12)</i>

Wilson & Wen (2000), Drennan (2008) e Gomes & Goldenber (2010) concluíram que os egressos mudaram de emprego para uma posição mais elevada durante ou posteriormente a conclusão do mestrado, atribuindo essa alteração à obtenção do diploma.

Já Kellerman et al (2012) em sua pesquisa concluiu que alguns egressos permaneceram no emprego de origem, uma minoria recebeu alguma promoção e alguns egressos foram selecionados para a novos postos de trabalho, como o Ministério Nacional de Saúde, as organizações não-governamentais internacionais e os institutos de pesquisas. Relataram ainda, que tiveram promoção para cargos de gestão, pesquisa e cargos especializados, além da aquisição de novas habilidades.

No quadro 4 estão relacionadas às percepções quanto à aquisição e o domínio de conteúdos para aplicação na área de ensino. Os relatos de EM5 e EM indicam que o mestrado gerou habilidades de ensino, possibilitando aos egressos lecionar em curso da área da saúde e em mestrados de faculdades locais. Essa competência está de acordo com os objetivos da Cooperação Estruturante em Saúde, pois possibilita a transmissão de conhecimentos em saúde, favorecendo o desenvolvimento de pesquisas.

Quadro 4: Formação de docentes.

Formação de docentes universitários
<i>Comecei a lecionar [...] em cursos de Licenciatura. Fui convidado a lecionar [...] nos cursos de Mestrado [...] em Moçambique. (EM5)</i>
<i>Além destas funções, na área de docência, sou responsável pela elaboração no plano temático das aulas e testes práticos [...] (EM6)</i>
<i>Passei a ter mais responsabilidade na área de ensino passando a dirigir uma das disciplinas do curso de Medicina. (EM9)</i>

Os alunos de mestrados tem maiores oportunidades para conseguir novos empregos ou ocuparem posições de nível mais alto nas organizações/institutos após a conclusão do curso. Sendo assim, torna-se quase necessário um grau mais avançado, como o do mestrado, para que os trabalhadores obtenham progressão da carreira.

Esses resultados sugerem que concluir um curso de mestrado está cada vez mais ligado à possibilidade de progressão de carreira, além da aquisição de habilidades e competências para adquirir mais responsabilidades no trabalho e realizar mais atividades relacionadas com gestão e ensino.

4.7.2. Impactos do Mestrado sobre a vida dos egressos

Optamos por apresentar os resultados à pergunta “*Qual ou quais os impactos do curso de mestrado sobre sua vida?*” sobre três categorias: impactos do mestrado sobre a vida profissional, impactos do mestrado sobre a vida pessoal e impactos do mestrado sobre o trabalho coletivo.

Nas respostas analisadas, podemos observar um impacto positivo da realização do mestrado, que trouxe implicações em muitas facetas da vida dos participantes, principalmente relacionadas à suas carreiras e suas vidas pessoais. A maioria dos egressos reconhece os benefícios do título de mestre e descreve impactos positivos para a vida pessoal.

Impactos do Mestrado sobre a vida profissional

Na categoria temática “Impactos sobre a vida profissional”, emergiram as duas subcategorias temáticas: Aquisição de Novas Habilidades (quadro 5) e Melhor desempenho no trabalho (quadro 6).

Em relação à aquisição de novas habilidades ao concluir o mestrado, o mestrado favoreceu ao surgimento de novas capacidades, como a Melhora das habilidades acadêmicas e profissionais. Relataram melhora da capacidade de redação e elaboração de projetos de pesquisas, maior capacidade e responsabilidade para realização da gestão de programas de saúde, melhora da avaliação de serviços de saúde, do desenvolvimento da criatividade, da inovação, da autonomia, do relacionamento interpessoal e do compartilhamento de informação técnico-profissional.

Ainda, em relação à aquisição de novas habilidades, podemos observar na fala dos egressos EM7 e EM4 do quadro 5, que passaram a ter a capacidade de escrever projetos de pesquisa, protocolos e relatórios técnicos científicos, com a finalidade de atrair agências de fomentos, para realização dos mesmos.

Quadro 5: Impactos sobre a vida profissional: Aquisição de Novas Habilidades

<i>Aquisição de Novas Habilidades</i>
<i>Melhores habilidades acadêmicas e profissionais, como elaboração de papers, gestão dos programas de saúde, monitoria e avaliação dos programas de saúde pública. (EA2)</i>
<i>Aumento de responsabilidade e competências; Aumento da autonomia, criatividade e inovação; Mais comunicativo e melhoria e partilha de informação técnico-profissional. (EM1)</i>
<i>Novas habilidades profissionais, alto grau de profissionalismo, responsabilidade. (EM3)</i>
<i>Melhorei minhas habilidades profissionais. (EM12)</i>

Continua...

... Continuação

<i>Melhorou bastante a minha capacidade e forma de análise. (EM5)</i>
<i>Deu possibilidade de desenhar projetos de pesquisa e adquirir financiamento. (EM7)</i>
<i>Melhorou minha Redação de Protocolos e relatórios técnico científicos, Espírito e vontade de comunicar dados científicos, Facilidades de comunicar e encontrar novos parceiros de pesquisa, Domínio na abordagem técnica e tecnológica, Vontade de fazer mais pesquisas. (EM4)</i>
<i>Ganhei novas valências, habilidades, conhecimentos na área de Ciências da Saúde. (EM5)</i>
<i>Adquirir mais conhecimento sendo que antes a Instituição não tinha nenhum técnico treinado na área que atualmente desenvolvo. (EM6)</i>

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Murray (2001) com egressos de mestrado na área da saúde, que relatam uma influência positiva do curso sobre suas vidas, pela aquisição de melhores habilidades técnicas para aplicação no trabalho.

No estudo de Le et al (2007), os egressos, de modo geral, indicaram que estavam orgulhosos por terem concluído o curso e relataram que o curso possibilitou adquirir alto nível de confiança na realização de atividades de saúde pública e na capacidade de produzir pesquisa, pois receberam uma formação de elevada qualidade através do conhecimento teórico e da ênfase nas atividades práticas.

Ainda, segundo o autor, as competências e habilidades fundamentais mais frequentemente utilizadas e mencionadas pelos egressos foram: as habilidades de pesquisa, as análises de dados utilizando software de estatística, o planejamento e a avaliação, o trabalho em equipe, as habilidades de comunicação e educação em saúde, de resolução de problemas, além de habilidades de escrita de relatório científico, apresentação de seminários, acesso de informações através da Internet, habilidades de falar em público, competência de auto estudo, etc.

Um melhor desempenho no trabalho foi relatado pelos egressos (quadro 6). Houve de fato um importante impacto profissional na vida dos egressos, com semelhanças entre as percepções. Os egressos relataram que tiveram melhores habilidades na prestação de seus serviços, maiores credibilidades com a chefia, maiores flexibilidades nas execuções de suas tarefas, maiores interesses por pesquisa, maiores expertises para apresentação de trabalhos científicos e apresentação em congressos.

Quadro 6: Impactos sobre a vida profissional: Melhor desempenho no trabalho

<i>Melhor desempenho no trabalho</i>
<i>Melhorei a prestação de serviço. (EA5)</i>
<i>Ganhei maior Autonomia no trabalho e credibilidade da parte dos chefes, mais participativa nas atividades da instituição e até nas jornadas científicas da instituição. (EM4)</i>
<i>Flexibilidade no pensamento, lógica do pensamento, o que flexibiliza execução de tarefas e resolução de certos conflitos laborais assim com o respeito pelas diferenças no pensamento ou pontos de vistas. Grande avanço na maneira de se expor e se expressar perante plateias, nas apresentações de trabalhos científicos. (EM6)</i>
<i>Melhorei na capacidade de desenho de uma pesquisa. O Mestrado incutiu em mim o espírito de análise crítica do que faço. (EM10)</i>
<i>Flexibilidade de escrever analisar/ comentar sobre resultados de estudo científicos. Dinamismo de interação com outros profissionais de áreas afim. Interesse em fazer pesquisa. (EM11)</i>
<i>Melhorei a maneira de agir e pensar decisões baseadas em evidencias [...] melhor participação na educação permanente dos colaboradores. (EA3)</i>

Resultados semelhantes foram observados por Hilgert (1998), que observou impactos positivos na vida dos egressos, pois os egressos relataram que se sentiam mais valorizados como pessoas. Segundo o autor as áreas de mudanças que se destacaram nos relatos desses egressos foram: as percepções de aumento da estima, da confiança e da credibilidade pessoal e profissional, além do aumento da flexibilidade cognitiva e as mudanças na qualidade do relacionamento interpessoal.

Fahy et al (2008) concluirão que os maiores impactos da conclusão do mestrado foram na confiança pessoal, na credibilidade vista pelos seus pares, no potencial de promoção de carreira, nas novas responsabilidades no trabalho, nos direitos de autonomia no trabalho e no gerenciamento de projetos.

Conforme Barnhill et al (2012) e Nicholl (2016), os egressos relataram ter adquirido um melhor pensamento crítico, uma melhora das habilidades de resolução de problemas e um melhor poder de reflexão e concordaram que o conhecimento, habilidades e compreensão aumentaram após concluir a pós-graduação.

Souza (2014), ao questionar os egressos sobre as mudanças na vida pessoal e profissional atribuídas ao mestrado, relatou que os egressos mencionaram uma maior autoconfiança, um maior reconhecimento pelos pares e uma maior ascensão salarial. O autor relatou que uma minoria dos egressos mencionou uma ampliação do senso crítico após a conclusão do curso.

Impactos do Mestrado sobre a vida pessoal

Na categoria temática “Impactos sobre a vida pessoal”, emergiram as duas subcategorias temáticas: Desenvolvimento de habilidades (quadro 7) e Frustrações (quadro 8). Observou-se que a maioria dos respondentes relatou impactos positivos do mestrado sobre a vida pessoal, pois se sentem mais responsáveis, já que adquiriram novos conhecimentos, desenvolveram mais habilidades técnicas e capacidade crítica.

Entre as habilidades descritas, pelos egressos, está a capacidades de visualizar e analisar problemas e assuntos, através de uma abordagem mais integral/holística das questões, associado ao aumento de conhecimento científico, bem-estar, autoestima, autoconfiança. Os egressos relataram que se sentem mais confiantes em relação a seus potenciais para investigação, não necessitando procurar laboratórios internacionais para monitoria de procedimentos, pois adquiriram habilidades durante o curso.

Observamos no quadro 7 o relato dos egressos acerca do desenvolvimento de habilidades. Alguns egressos relataram que passaram a ter maiores responsabilidades no trabalho a partir da aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades, como podemos observar nas falas dos egressos EM2 e EM6.

Quadro 7: Impactos sobre a vida pessoal: Desenvolvimento de habilidades

<i>Desenvolvimento de habilidades</i>
<i>Maior capacidade de planejar e organizar discursos mais coerentes, objetivos e fundamentados. (EA3)</i>
<i>Aquisição de mais habilidades para melhorar a minha vida e atingir os meus objetivos futuros. Ainda sob o ponto de vista pessoal, tive a oportunidade de aumentar o meu nível de conhecimentos. Mais Responsabilidades. (EM4)</i>
<i>Passei a ter maior carga de trabalho e com isso maior responsabilidade e senso de dever. (EM6)</i>
<i>Somos exigidos a produzir como mestres [...], a instituição se orgulha por isso, pelo menos é o que sentimos. (EM2)</i>
<i>Melhorou o entendimento do Mundo. Foi uma oportunidade única; extraordinária. (EM3)</i>
<i>Autoconfiança, e elevada autoestima; Bem-estar social. (EM1)</i>
<i>Nova visão, abriu novos horizontes, profissionalização, especialidade profissional. Maior responsabilidade no serviço. (EM5)</i>
<i>Autoconfiança e autonomia em trabalhos de pesquisa. (EM7)</i>
<i>Hoje me sinto mais confiante sobre o meu potencial para investigação. Estou a realizar experimentos para o meu doutorado em Moçambique, sem precisar de ir para laboratórios internacionais, graças ao que aprendi durante o curso de mestrado. (EM9)</i>
<i>Abriu a visão e deu maior capacidade de crítica no modo como desenvolvia projetos de pesquisa. (EM10)</i>

Foram encontrados muitos estudos na literatura que descrevem a aquisição de novas habilidades a partir de cursos *stricto sensu*. Conforme McNabb et al (2016), os trabalhadores egressos de um mestrado em Saúde Pública da Arábia Saudita possuem melhores capacidades para atuar na área, devido a uma melhor qualificação e transformação de seus conhecimentos. O autor relata que os egressos ao retornarem para seu país de origem estão altamente motivados para resolver os problemas prioritários de saúde. Relata, ainda, que os egressos também enfrentam a obrigatoriedade de trabalhar no Ministério da Saúde, onde metade deles indicou que havia trocado de função e as responsabilidades aumentado, pois estão trabalhando na linha de frente da saúde pública, como vigilância em saúde, gestão de Programas de Prevenção e Controle da Diabetes e coordenação e controle de qualidade em Doenças Infecciosas.

No estudo sobre os impactos dos projetos de pós-graduação no trabalho, Costley & Abukari (2015), evidenciaram que houve aumento de conhecimento em diversas áreas, desenvolvimento de habilidades de escrita e pesquisa, compreensão das diversas metodologias de pesquisa, desenvolvimento da capacidade de publicação dos resultados de pesquisas, melhor confiança por parte dos outros trabalhadores, mais confiança em si mesmos e melhor desempenho acadêmico.

Ainda, em relação à aplicação de competências, Zwanikken et al (2014) concluiu que quase metade dos egressos afirmaram que o mestrado contribuiu substancialmente para a aplicação de competências adquiridas em seus locais de trabalho. Segundo o autor, o egressos adquiriram uma série de habilidades específicas na área de saúde pública, tais como as competências analíticas, reflexão e pensamento crítico, liderança, planejamento e gestão.

Segundo McNabb et al (2016), um dos principais obstáculos enfrentando pelos trabalhadores egressos de cursos de pós-graduação é a falta de um plano de carreira claro, pois o campo da saúde pública ainda é novidade em alguns países.

Apesar dos empregadores reconhecerem como positivo o curso de mestrado sobre a carreira, fazendo com que os egressos sejam mais propensos a terem empregos com competências internacionais visíveis, isso não faz com que esses trabalhos sejam necessariamente mais elevados em *status* ou renda, sendo assim, um impacto negativo após a conclusão do mestrado por não terem empregos com melhores salários (BRYLA, 2015).

A progressão de carreira por nível acadêmico pode não ser possível em algumas instituições, isso faz com os indivíduos que buscam esse nível de curso somente para vantagens econômicas tenham frustrações. Mesmo que não venha a ser contemplado com melhorias salariais, o egresso precisa ter visão da importância do aprimoramento constante,

para ser um profissional reflexivo com capacidade de exercer com maior perfeição suas práticas profissionais, tornando-se cada vez mais crítico e atuante nas demandas da atual sociedade.

Para uma minoria de egressos, o curso de mestrado não produziu mudanças sobre a vida pessoal e profissional, portanto os impactos para estes ficaram em nível de expectativas e frustrações (quadro 8). Através dos relatos podemos observar que os egressos não vivenciaram uma mudança positiva na vida pessoal, pelo fato de não terem adquirido ainda um reconhecimento profissional, traduzindo como uma melhor remuneração profissional.

Quadro 8: Impactos sobre a vida pessoal: Frustrações

<i>Expectativas de impactos/ Frustrações</i>
<i>Contrariamente as mudanças profissional observadas, sob ponto de vista pessoal essas não se refletem na vida social ou pessoal, o que de alguma forma pode traduzir se em frustração, uma vez que sinto me na obrigação de produzir mais até que sou obrigado a produzir de acordo com o meu nível ou um pouco mais, mas isso não se reflete na remuneração. (EA4)</i>
<i>Na minha instituição de trabalho [...] sou considerado como técnico, cuja área de formação não é específica, por isso o salário é mais baixo possível quando comparado com técnicos do mesmo nível acadêmico em outras instituições públicas ou dentro da mesma instituição, quando comparado com técnicos formados em institutos de ciências da saúde. (EA5)</i>
<i>Mesmo com o mestrado o salário não mudou, sendo mais baixo por exemplo que o salário de um licenciado formado pelo instituto superior de ciências de saúde por esse ser um técnico formado na área específica. (EM11)</i>
<i>Fizemos o mestrado na área de ciências de saúde porque a instituição sentiu que havia necessidade de formar mestres nessa área para suprir suas necessidades institucionais. (EM8)</i>
<i>Financeiramente a instituição continua achando que somos técnicos formados em áreas não específicas e nos penaliza no salário (EM2).</i>
<i>Fora o título de Mestre, nada mudou profissionalmente. Segundo a lei em vigor no País, o grau de mestrado não implica mudanças na carreira. (EM8)</i>

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Zhaoa et al (2006), Nepomuceno & Shimoda (2010) e Kellerman et al(2012), que não impactos positivos sobre a remuneração.

No estudo realizado por Hortale et al (2014) os egressos, dos cursos de Doutorado da Fiocruz, relataram que apesar de estarem satisfeitos com a relevância social do trabalho e com as oportunidades para um novo aprendizado e exercício de criatividade, estavam insatisfeitos com a remuneração. Segundo os autores, isto pode sugerir que não houve mudanças nas relações de trabalho dos egressos ao longo das últimas duas décadas.

No estudo de Hesselbarth (2014) os egressos relataram que além da não alteração de salário chegaram a receber, em alguns casos, salários menores. Segundo o autor, isso pode estar relacionado a um período de tempo relativamente curto entre o curso e o início do trabalho com pesquisa. Já, Edgar & Hyde (2005) observaram que os egressos com um grau de mestre com cinco anos ou mais de experiência, as expectativas salariais melhoravam consideravelmente.

Segundo Nicholl (2016), os egressos de um curso de mestrado relataram que sentem-se desvalorizados e indesejáveis dentro da profissão que atuam, pelo fato de não obterem promoção e conseqüentemente aumento de remuneração.

De acordo com a pesquisa de Mihail & Kloutsiniotis (2014), a maioria dos entrevistados responderam que o programa de mestrado não gerou impactos sobre suas vidas pessoal e profissional, ao passo que uma minoria, menos de vinte por cento, indicou que foram promovidos e ou tiveram aumento da remuneração. Segundo o autor, os benefícios de um programa de mestrado sobre aumentos salariais não são imediatamente visíveis, especialmente quando as universidades que oferecem esses títulos não estão no topo de ranking internacional pelo fato do egresso estar trabalhando por período menor que cinco anos com o atual empregador, pois é possível que somente períodos mais longos de tempo para permitir que o mestrado ocasione promoções de carreiras e aumento salarial.

Segundo Zwanikken et al (2013), os entrevistados que se formaram há pouco tempo estão menos propensos a ter um aumento na remuneração, sendo possível a ocorrência em média, após estarem no mercado de trabalho por mais tempo, ou seja, por mais de 5 anos. Segundo o autor, os homens parecem ser mais propensos a ter um aumento na remuneração do que as mulheres.

De acordo com Gomes & Goldenberg (2010), avaliar a própria remuneração se torna difícil para qualquer trabalhador, pois sempre estará aquém do desejado, independente da titulação. Segundo o autor, em seu estudo, os egressos mostraram-se insatisfeitos com a remuneração devidos a vários fatores, como a titulação ser indiferente ao cargo atual que exercem, a remuneração não ter sido o principal motivo pela busca da titulação, ou ainda porque os mercados de trabalho na qual estão inseridos utilizam de outros critérios para aumento da remuneração e não somente a titulação.

Impactos do Mestrado sobre o trabalho coletivo

Nessa categoria, evidencia-se que a maioria dos respondentes relatou impactos positivos sobre o trabalho coletivo (quadro 9). Podemos observar no relato de EM4 que o

curso contribuiu para o trabalho coletivo, pois favoreceu a conquista da credibilidade para serem referências em seus países, devido à qualidade do trabalho prestado.

Entre os benefícios citados nos discursos dos egressos estão: empatia no trabalho em equipe, qualidade do trabalho de equipe, espírito de equipe, espírito de liderança, maior compartilhamento de informações, ganho de confiança dos pares, maior interesse de trabalho em grupo e melhor relacionamento interpessoal.

Quadro 9: Impactos sobre o trabalho coletivo

<i>Capacidade de trabalho em equipe para constituição de uma Comissão de Biossegurança Institucional com vários profissionais; (EM2)</i>
<i>Melhoramos a qualidade do trabalho da equipe - Melhoramos o relacionamento profissional com outras instituições - Ganhamos credibilidade - Agora somos referência nas atividades que desenvolvemos no país. (EM4)</i>
<i>Ensino aos meus novos colegas aquilo que aprendi durante o curso (EM8)</i>
<i>Empatia na equipe de trabalho, decisões baseadas sempre com espírito de liderança, como chefe ganhei confiança dos profissionais de enfermagem [...](EA1)</i>
<i>Mais trabalho em equipe no que visa a análise, reflexão e busca de resultados. Mais partilha de informação e troca de conhecimento. (EA3)</i>
<i>Mais espírito de equipe. (EA5)</i>
<i>Com possibilidade de intercâmbio com estudantes da [...], foi possível cultivar o espírito de trabalho em equipe. (EM1)</i>
<i>Ganho de maior colaboração na realização de atividades de pesquisa com entidades e singulares. (EM3)</i>
<i>Espírito de equipe, de partilha de conhecimento e de informação. Inter-ajuda, desejo pelo coletivismo mais robusto e melhor o trabalho coletivo. (EM5)</i>
<i>Maior criatividade e dinamismo. (EM6)</i>
<i>Espírito de trabalho em equipe. (EM7)</i>

Observamos que o mestrado possibilitou mudanças no trabalho coletivo dos egressos, pelos conhecimentos teóricos e habilidades práticas que foram fornecidas. Com isso, o programa de mestrado contribuiu para a construção de uma força de trabalho que está equipada com os conhecimentos e as habilidades necessárias para usar em seus processos de trabalho, aperfeiçoando o trabalho coletivo em saúde.

Zhaoa et al (2006) relatou que os trabalhadores, egressos de um curso de mestrado em administração, aprenderam habilidades úteis e adquiriram conhecimentos relevantes durante o curso, sendo possível ser percebido por eles mesmos um melhor desempenho do que os seus pares sem mestrado na resolução de problemas, na liderança e na colaboração em equipe.

Segundo Barnhill et al (2012), os egressos indicaram que eles tiveram um impacto positivo no trabalho coletivo, pois desenvolveram habilidades técnicas que favoreceram o trabalho em equipe, o desenvolvimento de suas carreiras, fazendo com que ficassem mais satisfeitos com seu trabalho.

Achados semelhantes foram relatados por Nicholl et al (2016), que examinou as percepções dos egressos quanto ao impacto do mestrado, evidenciando um efeito positivo sobre a prática profissional, pois o curso contribuiu para mudanças no processo de trabalho através de uma melhor experiência na abordagem da prática clínica, no aumento da confiança, na autonomia e na oportunidade de implantar as experiências clínicas aprendidas.

4.7.3. Aplicação de novas competências no local de trabalho

Observamos que todos os egressos, dos dois grupos estudados, relatou a aplicação de novas competências adquiridas, em seus locais de trabalho. Analisando as respostas, observa-se que a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado, possibilitou a ocorrência de modificações positivas no ambiente de trabalho.

O conjunto de egressos respondeu a pergunta “*Você aplicou no seu trabalho conteúdos que aprendeu no curso de Mestrado? Como?*” de forma que resultou em duas categorias temáticas representativas da percepção do conjunto dos trabalhadores egressos - “Aplicação de novas técnicas” e “Transmissão de conhecimentos”. Estas estão representadas nos quadros a seguir.

Encontramos poucos estudos que avaliaram a aplicação de competências adquiridas em cursos de pós-graduações, no local de trabalho. Alguns estudos analisaram essa variável de forma quantitativa, enquanto poucos de forma qualitativa.

Os egressos relataram que aprenderam muitas técnicas laboratoriais durante o curso e que atualmente utilizam nos trabalhos atuais, aperfeiçoando seus processos de trabalhos. Podemos observar no quadro 10 a constatação desse fato.

Quadro 10: Aplicação de novas técnicas no trabalho

Aplicação de novas técnicas
<i>Implementado as técnicas aprendidas e treinando outros colegas na execução das mesmas. Padronizei de uma técnica. (EM1)</i>
<i>Aprendi muitas técnicas laboratoriais. Usei parte delas para o processamento de amostras do estudo e durante o meu estágio aperfeiçoei e consolidei conhecimentos das técnicas aprendidas. Também consolidei conhecimentos teóricos através de vários contatos com supervisor brasileiro e muita leitura de artigos científicos no âmbito de redação da dissertação da tese. (EM2)</i>
<i>Durante o processamento de amostras para a minha dissertação usei técnicas de biologia Molecular e tenho estado a usar até hoje. (EM10)</i>
<i>Estou a contribuir substancialmente para desenho de painéis a serem aplicados em vários estudos. (EM5)</i>

Esses relatos demonstram a importância dos cursos oferecidos pela Fiocruz para o processo de trabalhos desses egressos, pois possibilitou que a maioria deles aprendessem novas técnicas ou mesmo aquisição de conhecimentos para o desenvolvimento de novas técnicas de trabalho. Essas mudanças podem ser observadas na qualidade dos serviços que passam a ser prestadas por esses trabalhadores.

Resultados semelhantes foram relatados por Perry et al (2011), que observou que os egressos aplicaram novas metodologias em seus locais de trabalho, com isso, passaram a expressar maior confiança, determinação e vontade para assumir tarefas que seriam anteriormente rejeitadas, por serem consideradas além das suas capacidades.

No estudo de Hortale et al (2010), o egressos responderam que o curso possibilitou um maior acúmulo de conhecimento, estando esses aptos à aplicação no processo de trabalho, porém quase metade dos egressos relataram que as propostas de trabalhos desenvolvidas por eles durante o curso não foram implementadas, conseqüentemente devido a ausência de apoio por parte dos empregadores ou por outros motivos diversos, o que evidencia uma baixa adesão ou compromisso por parte dos empregadores para a implementação de novas propostas.

Ainda, segundo Hortale et al (2010), existem de fato dificuldades de implementação das propostas desenvolvidas pelos egressos, que na maioria dos casos são para melhoria organizacional, novas metodologia para o processo de trabalho ou procedimentos operacionais pra melhora da produção.

Para Nicholl (2016), os egressos relataram a aquisição de melhores habilidades clínicas, o que possibilitou a aplicação em seus ambientes de trabalho, tendo como resultados uma melhor aceitação de seus pares, uma melhor preparação na execução das práticas de trabalho e uma maior capacidade para a realização de discursos.

Esses resultados reforçam um dos objetivos dos cursos da pós-graduação que é despertar no aluno o interesse pela escrita de artigos científicos e a elaboração de pesquisa. Através das respostas podemos perceber que esse objetivo foi alcançado entre os egressos, pois relatam que estão aplicando os novos conhecimentos na escrita e elaboração de trabalhos científicos.

Alguns egressos relataram a aplicação dos novos conhecimentos adquiridos no mestrado nas atividades de docência (quadro 11), pois alguns egressos foram convidados a lecionar em cursos de graduação e de mestrado em seus países de origem.

Esses resultados evidenciam a importância dos objetivos da Cooperação Estruturante em Saúde estarem obtendo sucesso, pois com a transmissão dos conhecimentos, novos

trabalhadores serão formados, possibilitando o fortalecimento dos institutos de saúde, possibilitando assim, o aumento do número de titulados, possibilitando a oferta e criação de novas vagas a nível local, fazendo com esses países se tornem menos ou independentes desse tipo de cooperação e passe a ajudar países vizinhos.

Quadro 11: Transmitindo novos conhecimentos

Transmissão de conhecimentos
<i>Na docência (EA2)</i>
<i>Passando a ministrar aulas com conteúdos práticos associados. Ex: introduzir aula prática de extração e análise simples de DNA(EM3)</i>

Resultados similares foram encontrados em outros estudos de egressos. Mihail & Kloutsiniotis (2014), questionou os egressos se eles haviam aplicado no trabalho os conteúdos aprendidos no mestrado e teve como resposta da maioria que o mestrado contribuiu positivamente, ocasionando um impacto muito alto. Segundo o autor, apenas uma minoria não compartilhou com a mesma opinião.

4.8. Planos para o futuro

Nesta etapa serão apresentadas as respostas dos egressos à pergunta “*Quais são seus planos para o futuro?*”, que resultaram três categorias temáticas – “Cursar doutorado” (quadro 12); “Produzir Pesquisa” (quadro 13); “Lecionar” (quadro 14).

Em relação aos interesses profissionais para o futuro, os egressos indicaram que estes se concentraram na área de ensino ou do meio acadêmico, na investigação e na prática clínica. Observamos através dessa pesquisa que dois egressos já possuem a titulação de doutorado, cursados em universidades da Europa e dois egressos estão com o doutorado em andamento.

A maioria dos egressos pretende ingressar em cursos de doutorado, para melhora do nível educacional (Quadro5). Alguns relatam a vontade de conseguir bolsa ou financiamento para esse fim.

É visível a vontade dos egressos de continuar se aprimorando, pois para alguns os cursos ofertados pela Fiocruz são a única alternativa para continuarem estudando e, assim, progredir na carreira acadêmica ou de pesquisa, podendo contribuir para o crescimento do país de origem.

Quadro 12: Melhora do nível educacional

Ingressar ou concluir o Doutorado/pós-doutorado
<i>Concluir o Doutorado em Saúde Pública [...]. (EA1)</i>
<i>Fazer um doutorado em saúde pública, caso consiga uma bolsa ou um patrocínio. (EA2)</i>
<i>Sendo já doutor em Saúde Pública, me resta agora frequentar o pós-doutorado [...]. (EA3)</i>
<i>Concluir o doutorado. (EA5)</i>
<i>Procurar bolsa para fazer o doutorado. (EM1)</i>
<i>[...] frequentar e concluir um Curso de Doutorado e Pós-doutorado. (EM8)</i>

É visível a vontade dos egressos de continuar se aprimorando, pois para alguns os cursos ofertados pela Fiocruz são a única alternativa para continuarem estudando e, assim, progredir na carreira acadêmica ou de pesquisa, podendo contribuir para o crescimento do país de origem.

Nos estudos realizados por Zwanikken et al (2014) e Souza (2014), os egressos estavam ansiosos para continuar os estudos, numa proporção maior que setenta por cento, planejando um outro grau.

O observamos o desejo dos egressos de produzir conhecimento científico em seus países de origem, contribuindo para o desenvolvimento desses. Observamos que muitas respostas destacam a finalidade de produção de pesquisa científica, porém a fala do Egresso EM9 manifesta um dos objetivos da Cooperação Estruturante em Saúde, pois o egresso almeja apoiar o país contribuído para a formação de novos profissionais com a finalidade de desenvolver capacidade local.

Quadro 13: Produzir Pesquisa

Desenvolvimento de Pesquisa científica e prática clínica
<i>Apoiar o meu país formando mais profissionais na área de investigação biomédica com a finalidade de desenvolver mais massa crítica para aliviar o país da dependência externa nas diversas áreas (saúde, economia, educação, etc.) e desenvolver capacidade local para produção de medicamentos, vacinas, testes de diagnóstico, etc. (EM9)</i>
<i>Existe muito ainda por se fazer. Expandi meus horizontes no que toca a novos modelos de diagnóstico de doenças infectocontagiosas. (EM1)</i>
<i>Desenvolver pesquisas usando técnicas de biologia molecular (EM7)</i>
<i>Continuar trabalhando em Pesquisa (Ligada a HIV/TARV/HIVDR/SNPs) [...]. (EM10)</i>
<i>Continuar a trabalhar em projetos de vigilância epidemiológica, com qualidade rumo a excelência. (EM8)</i>
<i>Continuar fazendo pesquisa e publicar todos resultados de pesquisa que fizer ou tiver sido envolvida (EM2)</i>
<i>[...] melhorar e aprofundar mais os meus conhecimentos e dar o meu contributo no desenvolvimento da instituição (EM4)</i>
<i>[...] continuar na vida de investigação. Escrever mais sobre assuntos de saúde. (EA3)</i>

Alguns egressos relataram como planos para o futuro a dedicação ao ensino. Nesse estudo podemos observar que a maioria dos egressos já realizam atividades de docência concomitante às atividades de gestão, pesquisa e prática clínica.

Quadro 14: Lecionar

Docência
<i>Continuar trabalhando em Pesquisa e Ensino. (EM10)</i>
<i>Tenho pensado em dedicar-me na área de ensino. (EM7)</i>
<i>[...] continuar na vida acadêmica e de investigação. (EA3)</i>
<i>[...] dedicar-me ao ensino. (EA1)</i>

Souza (2014), observou em seu estudo sobre a formação de mestres nos programas de pós-graduação do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil, que houve uma elevação na parcela dos egressos desenvolvendo atividades de ensino, com destaque para a graduação e para as atividades de pesquisa e gestão acadêmica.

Em estudo realizado por Tsimtsiou (2010), os egressos relataram mudanças de trabalho para cargos de docência, como professores de graduação, professores de pós-graduação, organizadores de cursos de formação, tutores de cursos à distância e outras funções ligadas ao ensino.

Lewgoy (2009), salienta que o processo de formação do profissional deve continuar em desenvolvimento, pois ainda há muito que caminhar, num processo contínuo de construção e reconstrução da prática, que se fortalece na realização do exercício e da capacidade crítica ligada à realidade social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente dissertação possibilitou uma análise de como os cursos de Mestrado em Saúde Pública de Angola e em Ciências da Saúde de Moçambique, ofertados pela ENSP/IOC/Fiocruz através da Cooperação Estruturante em Saúde, provocaram mudanças nas trajetórias profissionais e nos processos de trabalho dos egressos. A pesquisa possibilitou conhecer as contribuições dos cursos para a formação profissional e para o processo de trabalho dos egressos, sob seus pontos de vista, além da caracterização do perfil sociodemográfico desses trabalhadores.

De um modo geral, os egressos relataram que os cursos de mestrado, ofertados pela Fiocruz através da Cooperação Estruturante em Saúde, ocasionaram impactos positivos nas suas trajetórias profissionais e nos seus processos de trabalhos. A maioria dos egressos relatou que tiveram maiores oportunidades ao buscar um novo emprego, em adquirir promoção no trabalho através de mudanças de cargo e/ou função, além da oportunidade de desenvolvimento de novas habilidades, como a gestão, a docência e a pesquisa.

Os resultados foram baseados em informações referentes a 36 egressos (15 Angolanos e 21 Moçambicanos). Foram analisadas informações da plataforma SIGA e nas respostas de questionário online, com perguntas abertas e fechadas. A taxa geral de retorno foi de 47,2 %, o que consideramos razoável, em comparação com dados da literatura.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos trabalhadores egressos foram analisadas as variáveis: sexo, idade, país de origem. Observamos que do contingente de 36 trabalhadores egressos, 55,6 % são do sexo masculino. A maioria possui idades entre de 26 e 35 anos ao concluírem os cursos. Os egressos dos dois grupos estudados continuam a residir em seus países de origem, não sendo observada nesse estudo a fuga de cérebros. Essa constatação pode ser realizada devido ao curto tempo de conclusão dos cursos, pois os egressos se comprometeram a permanecer nos países de origem por período de cinco anos após diplomação, portanto, seriam desejáveis futuras pesquisas que poderão incluir, além dos egressos, as percepções dos supervisores, professores e outros profissionais relacionados.

O curso de Angola teve cunho multidisciplinar e contemplou graduados das várias áreas da saúde, formado por 53% de enfermeiros e o restante por médicos, psicólogos, farmacêuticos, entre outros. Já o curso de mestrado de Moçambique, também de cunho multidisciplinar, teve grande ênfase em práticas laboratoriais, observando-se um maior número de formados em Ciências Biológicas.

Em relação à principal atividade profissional atual, a maioria dos egressos continua com vínculo empregatício nos países de origem e referiu exercer atividades profissionais simultâneas à da principal instituição que trabalham. Houve uma predominância de cargos elevados entre os dois grupos estudados, como chefia coordenação, direção, secretaria de Estado, além de exercerem função de Gestores de Programas de Saúde, Pesquisa e Docência. A maioria dos egressos relatou trabalhar mais de 40 horas semanais.

A pesquisa sugere que os egressos estão muito satisfeitos profissionalmente, pois destacaram itens como “prestígio”, “relações de trabalho”, “relevância social do trabalho”, “oportunidade de novas aprendizagens e exercício da criatividade”, “oportunidade de desenvolvimento profissional”, “carga de trabalho” e “autonomia”.

Foi elevado, entre os dois grupos de egressos estudados, o percentual que avaliou como “alto” o grau de impacto do mestrado na vida profissional. Os dois grupos de egressos consideraram que os cursos contribuíram substancialmente para a ocorrência de mudanças no modo como desenvolvem suas práticas de trabalho, através da aprendizagem e desenvolvimento de novas habilidades.

Houve semelhanças entre os dois grupos estudados em relação às mudanças de empregos, cargo e/ou função, pois relataram que o título de mestrado favoreceu diversos tipos de oportunidades. O mestrado favoreceu ao surgimento de novas capacidades para os egressos, como melhora da capacidade de redação e elaboração de projetos de pesquisas, da gestão de programas de saúde, da avaliação de serviços de saúde, além do desenvolvimento nos egressos de maior criatividade, inovação, autonomia, relacionamento interpessoal e facilidade de comunicação.

Um melhor desempenho no trabalho foi observado no discurso dos egressos. Foi relatada a aquisição de melhores habilidades na execução de seus serviços, maior credibilidade com a chefia, maior flexibilidade na execução de suas tarefas, maior interesse em pesquisa, maior expertise para apresentação de trabalhos científicos e apresentação em congressos.

Para uma parte dos egressos, particularmente os moçambicanos, o mestrado não produziu mudanças sobre a remuneração profissional, fato que pode ser observado na literatura, pois apesar da procura por qualificação, os egressos ainda encontram barreiras em seus países ao se tratar da melhoria por salários maiores, o que faz com que muitos pesquisadores migrem para países com melhores oportunidades de remuneração.

O mestrado possibilitou mudanças no trabalho coletivo dos egressos, pelos conhecimentos teóricos e habilidades práticas aprendidas. Com isso, os programas de

mestrado contribuiu para a construção de uma força de trabalho que está equipada com os conhecimentos e as habilidades necessárias para que os egressos possam aplicar em suas práticas laborais, aperfeiçoando o trabalho coletivo em saúde.

Os cursos de mestrado ofertados pela ENSP/IOC/Fiocruz na África, através da Cooperação Estruturante em Saúde, possibilitou aos egressos um aumento do progresso em suas carreiras, uma expansão em suas opções de carreira e uma melhora no desenvolvimento de suas práticas profissionais, além de ser um caminho para o doutorado.

Mudanças nas trajetórias profissionais e nos processos de trabalho dos egressos ocorreram após cursarem o mestrado pela Fiocruz. Os relatos das competências adquiridas são bastante relevantes, pois sugerem que de fato, que contribuíram para o trabalho atual desses egressos e para suas mudanças de carreira.

Segundo Kellerman et al (2012), o continente africano carrega um fardo elevado e desproporcional de problemas de saúde em relação ao restante do mundo, sendo uma das causas à deficiência na realização de pesquisas relevantes, com isso, considera essencial o fortalecimento na capacidade de desenvolver pesquisas, para a redução das desigualdades na saúde, porém para isso torna-se necessário o desenvolvimento de infraestrutura, desenvolvimento das instituições e o investimento na qualificação de pessoas para a realização das pesquisas futuras.

Nesse sentido, os mestrados da ENSP/IOC/Fiocruz na África, por serem multiprofissionais, com sua ênfase na aprendizagem e pesquisas de dissertações baseadas nas comunidades, favorece aos egressos uma compreensão prática dos Sistemas de Saúde e prepara-os para trabalhar como profissionais de Saúde Pública e Ciências da Saúde em suas cidades de origem. Também os prepara adequadamente para trabalhar como professores, assim com pesquisadores e gestores.

É notável que nas últimas décadas a Cooperação Internacional tenha sido objeto de constantes estudos em diversos campos de conhecimento, resultando em inúmeros artigos, teses e dissertações, porém ainda não publicaram estudos sobre a trajetória profissional de egressos da ENSP/IOC/Fiocruz na África através da Cooperação Estruturante em Saúde.

Os resultados desse estudo poderão ser usados por instituições brasileiras para compreender melhor quais são os impactos que os cursos causam na trajetória profissional e nos processos de trabalho dos profissionais estrangeiros, para assim, avaliar os programas existentes e para auxiliar o desenvolvimento de futuras Cooperações Internacionais.

Com isso, os objetivos da ENSP/IOC/Fiocruz, por meio da Cooperação Estruturante em Saúde, de melhorar o nível de educação em Saúde Pública e Ciências da Saúde nos países

da PALOP vem sendo alcançados, pois tem sido um passo necessário no processo de qualificação de profissionais competentes e bem treinados Saúde Pública e Ciências da Saúde, além de formar pesquisadores, professores e líderes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABC. *Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde em Moçambique*. Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. BRA/04/044. Brasil-Moçambique. Agência Brasileira de Cooperação, Ministério das Relações Exteriores, Brasília, março de 2007.
- ABC; *Capacitação do sistema de saúde da República de Angola*. Agência Brasileira de Cooperação, Ministério das Relações Exteriores, Brasília, maio de 2008
- ABC. *Agência Brasileira de Cooperação*, Ministério das Relações Exteriores, 2014.
- ALMEIDA, C.; CAMPOS, R.P.; BUSS, P.; FERREIRA, J.R.; FONSECA, L.E.; *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Vol. 4, N 1, 2010.
- ANVISA; *Cooperação Internacional*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014.
- BARNHILL, D.; MCKILLOP, A.; ASPINALL, C.; *The impact of postgraduate education on registered nurses working in acute care*. Nurs Prax N Z. 2012 Jul;28(2):27-36.
- BRASIL; Ministério da Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Comissão nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- BRYLA, P.; *The Impact of International Student Mobility on Subsequent Employment and Professional Career: A Large-scale Survey among Polish Former Erasmus Students*. Procedia Social and Behavioral Sciences, Volume 176, 20 February 2015, Pages 633–641
- BUSH, C. T.; LOWERY, B.; *Postgraduate Nurse Practitioner Education: Impact on Job Satisfaction*. The Journal for Nurse Practitioners, Volume 12, Issue 4, 2016.
- BUSS, P.; FERREIRA, J.R.; *Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Vol. 4, N 1, 2010(a).
- BUSS, P.; FERREIRA, J.R.; *Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Vol. 4, N 1, 2010 (b).
- BUSS, P.; *Brazil: structuring cooperation for health*. The Lancet, Volume 377, Pág. 1722 - 1723, 2011.
- CAMPOS, R.P.; NEIVA, E.R.; SANTOS, J.N.; GOMES, T.M.; *Rumo a uma metodologia para o estudo de boas práticas em cooperação internacional em saúde*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Vol. 4, N 1, 2010.
- CAVALCANTE, C. A. A.; *Vacinação e biossegurança: o olhar dos profissionais de enfermagem*. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.
- COSTLEY, C.; ABUKARI, A.; *The impact of work-based research projects at postgraduate level*, Journal of Work-Applied Management, Vol. 7 Iss: 1, pp.3 – 14, 2015.
- DOU; *Ajuste complementar ao acordo de cooperação cultural e científica entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Angola na área de "formação de*

docentes em Saúde Pública em Angola". DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Imprensa Nacional, BRASÍLIA – DF, Nº 170 – DOU de 03/09/07.

DRENNAN, J.; *Professional and academic destination of masters in nursing graduates: A national survey*. Nurse Education Today (2008) 28, 751–759.

EDGAR, T.; HYDE, J. N.; *An Alumni-based Evaluation of Graduate Training in Health Communication: Results of a Survey on Careers, Salaries, Competencies, and Emerging Trends*. Journal of Health Communication, 10:5–25, 2005

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; *I Seminário Angola-Brasil de Saúde Pública: resumo das dissertações dos egressos do Mestrado em Saúde Pública de Angola*. Rio de Janeiro, RJ: ENSP, 2012, 40p.

EVASHWICK, C.J.; TAO, D.; BAX, K.; *Analysis of the literature pertaining to the education of public health professionals*. Frontiers in Public Health, Vol 1, Article 47, 2013.

FAHY, P.J., SPENCER, B.; HALINSKI, T.; *The Self-Reported Impact of Graduate Program Completion on the Careers and Plans of Graduates*. Quarterly Review of Distance Education, 9(1), 51-71, 2008.

FARAHANGIZ, S.; SALEHI, A.; REZAEI, R.; IMANIEH, M. H.; *Assessment of students' perspectives about master of public health program in medical school of Shiraz University*. J Adv Med Educ Prof., Jan;4(1):39-43, 2016.

FAUPEL-BADGER, J. M.; RAUE, K.; NELSON, D. E; TSAKRACLIDES, S.; *Alumni perspectives on career preparation during a postdoctoral training program: a qualitative study*. CBE Life Sci Educ. 2015 Mar 2;14(1):ar1. doi: 10.1187/cbe.14-06-0102. Epub 2015 Feb 11.

FEDATTO, M.S.; *A Fiocruz e a Cooperação para a África no governo Lula*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília, UnB, 2013

FIOCRUZ. *Qualificação profissional*. Portal Fiocruz, 2016.

FREITAS, H.M.R.; JANISSEK-MUNIZ, R.; MOSCAROLA, J.; *Uso da Internet no processo de pesquisa e análise de dados*. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, São Paulo, [Anais ANEP], 2004.

GERSTEL, L.; ZWANIKKEN, P.A.C.; HOFFMAN, A.; DIEDERICH, C.; BORCHERT, M.; PETERHANS, B.; *Fifteen years of the tropEd Masters in International Health programme: what has it delivered? Results of an alumni survey of masters students in international health*. Tropical Medicine & International Health 2013, 18(3), 377-384

GIL, A. C.; *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIDDENS, A.; *Sociologia*. 6ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.

GOMES, M. H. A.; GOLDENBERG, P.; *Retrato quase sem retoques dos egressos dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1998-2007*. Ciências & Saúde Coletiva, 2010, vol.15, n.4.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, 1986. 399p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

HELLER, R. F.; MACHINGURA, P. I. ; MUSA, B. M.; SENGUPTA, P.; MYLES, P.; *Mobilising the alumni of a Master of Public Health degree to build research and development capacity in low- and middle-income settings: The Peoples-uni*. Health Research Policy and Systems (2015) 13:71.

HESSELBARTH, C.; SCHALTEGGER, S.; *Educating change agents for sustainability e learnings from the first sustainability management master of business administration*. Journal of Cleaner Production 62 (2014) 24e36

HILGERT, A.; *Professional development of women and the executive MBA*. Journal of Management Development, Vol. 17 Iss: 9, pp.629 – 643, 1998.

HORTALE, V. A.; LEAL, M. C.; MOREIRA, C. O. F.; AGUIAR, A. C.; *Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz*. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.4 Rio de Janeiro July 2010

HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BOCHNER, R.; LEAL, M. C.; *Trajatória profissional de egressos de cursos de doutorado nas áreas da saúde e biociências*. Revista Saúde Pública; 48(1):1-9; 2014.

IPEA, *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional (Cobradi): O Brasil e os Fundos Multilaterais de Desenvolvimento*. Comunicados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA, nº 136, 2013.

KAHLON, J.; DELGADO-ÂNGULO, E. K.; BERNABÉ, E.; *Graduates' satisfaction with and attitudes towards a master programme in dental public health*. BMC Medical Education (2015) 15:61

KASTRUP, E.; PESSÔA, L. R. *Desafios da Cooperação Internacional Sul-Sul: Brasil e Venezuela, um processo horizontal, sustentável e estruturante*. Temas Livres, Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012, p. 41-50.

KELLERMAN, R.; KLIPSTEIN-GROBUSCH, K.; WEINER, R.; WAYLING, S.; FONN, S.; *Investing in African research training institutions creates sustainable capacity for Africa: the case of the University of the Witwatersrand School of Public Health Masters programme in epidemiology and biostatistics*. Health Res Policy Syst 2012, 10:11.

KLAVEREN, M.V.; TIJDENS, K.; HUGHIE-WILLIAMS, M.; MARTIN, N.R.; *Visão Geral do Trabalho e Emprego das Mulheres em Angola*, Projecto Decisões para Toda a Vida relativo ao ODM3. Relatório Nacional N°. 2. Universidade de Amesterdão, 2009.

KRUG S.B.F.; *Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde* [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

KUEHN, B.M.; *Global shortage of health workers, brain drain stress developing countries*. JAMA 2007, 298(16):1853-1855.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.; *Fundamentos de Metodologia Científica: Técnicas de pesquisa*. 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LE, L.C.; BUI, Q.; NGUYEN, H.T.; ROTEM, A.; *Alumni survey of masters of public health (MPH) training at the Hanoi School of Public Health*. Human Resources for Health 2007, 5.

LEOPARDI, M. T. ; CAPELLA, B. B. ; FARIA, E. M. ; PIRES, D. E. P. ; KIRCHOFF, A. L. ; RAMOS, F. R. S. ; VAZ, M. R. C. . *O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade*. Ed. Papa-Livros, Florianópolis-SC, 1999, v. 1, 176p.

LEWGOY, A. M. B.; *Supervisão de estágio em serviço social: desafios para a formação e exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

LIEDKE, E.R.; *Processo de trabalho*. In: CATTANI, A. *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes, 2002.

LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S.; KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; *Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, SP, 1996, vol.30, n.1, pp.14-24.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P; RAMOS, F.R.S.; *Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária*. Revista Texto & contexto, vol. 21, no.2, Florianópolis, Apr./Jun., 2012.

MARTINS, M.R.; *A cooperação em saúde entre o Brasil e os países africanos de língua oficial portuguesa*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto alegre, 92 p., 2010.

MARX, KARL. *O Capital: crítica da economia política*. Livro I. (18ª ed.), São Paulo: Civilização Brasileira, 2001.

McNABB, S. J.; ASSIRI, A. M.; ALSAGGAF, S.; MEMISH, Z. A.; *Commentary for Special Issue "Public health is new in Saudi Arabia. With this degree, I can go back and help to develop the field there." - Naif Mohammed Alraihan, King Abdullah Fellow, Rollins School of Public Health*. J Epidemiol Glob Health, 2016, Mar 6(1):1-6.

MEIRA, M. D. D., KURCGANT, P.; *Avaliação de curso de graduação segundo egressos*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 43, n. 2, June, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E.E.; *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MIHAIL, D. M.; KLOUTSINIOTIS, P.V.; *The impact of an MBA on managerial skills and career advancement: The Greek case*. The International Journal of Management Education Volume 12, Issue 3, November 2014, Pages 212–222

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O.; *Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?* Cadernos de Saúde Pública [online]. 1993, vol.9, n.3, pp. 237-248.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MURRAY, C.; *Evaluation of a post-professional master's program in allied health*. *Journal of Allied Health*; 2001, 30(4)223-228

NEPOMUCENO, L. D. O.; COSTA, H. G.; SHIMODA, E.; *Impacto do mestrado profissional no desempenho dos seus egressos: intercomparação entre as percepções de discentes, docentes, coordenadores e empresa*. Gest. Prod., São Carlos, v. 17, n. 4, p. 817-828, 2010

NICHOLL, H.; PRICE, J.; TRACEY, C.; *An evaluation of an interprofessional master's level programme in children's palliative care: The students' evaluation*. Nurse Educ Pract, Mar 1;17:60-6, 2016.

OECD; *Fostering Quality Teaching in Higher Education: Policies and Practices*. Organisation for Economic Co-operation and Development, September 2012.

OECD; *World Migration in Figures*. Organisation for Economic Co-operation and Development, October 2013.

OMS; *Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)*. Human Resources for Health Observer, Issue nº 2. Organização Mundial de Saúde, 2010.

OMS; *Roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde: com vista a melhorar a prestação de serviços de saúde na região africana 2012-2025*. Escritório Regional para a África, Organização Mundial de Saúde, Brazzaville, 2012, 46 p.

OMS; *Health situation analysis of the African Region*. Atlas of African Health Statistics, Organização Mundial de Saúde, 2016a.

OMS; *Perfil Analítico Completo: Angola*. Observatório Africano da Saúde, Organização Mundial de Saúde. [online] 2016b. Disponível em: <http://www.aho.afro.who.int/> Acesso em 12/05/2016.

OMS; *Perfil Analítico Completo: Moçambique*. Observatório Africano da Saúde, Organização Mundial de Saúde. [online] 2016c. Disponível em: <http://www.aho.afro.who.int/> Acesso em 12/05/2016.

OPAS; *Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde: Intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições do campo da saúde público Brasil e nos países integrantes da OPAS/OMS*. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2015.

ORTIGOZA, S. A. G.; POLTRONIERI, L. C.; PHILADELPHO-MACHADO, L. M. C.; *A atuação profissional dos egressos como importante dimensão no processo de avaliação de programas de pós-graduação*. Revista Sociedade & Natureza, vol.24, n.2, pp. 243-254, Uberlândia, 2012.

PASQUALIN, L.O.; *A Cooperação Internacional da Fiocruz na formação de recursos humanos em saúde: os programas de Pós-Graduação*. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública. ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, outubro de 2014.

PEDUZZI, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Revista de Saúde Pública. 2001, vol.35, n.1, pp. 103-109.

PERRY, J.; GREEN, A.; HARRISON, K.; *The impact of Masters education in manual and manipulative therapy and the 'knowledge acquisition model'*. Manual Therapy 16 (2011) 285e290

PEZZOLI, L.; KERAMAROU, M.; LADBURY, G.; JARAMILLO-GUTIERREZ, G.; WILLIAMS, C. J.; MENACH, A. L.; *Time, place, and people: composition of the EPIET Alumni Network and its contribution to the European public health resource in 2013*. Epidemiol Infect. 2015 Sep; 143 (12) : 2539-46.

PIRES, D.; *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde do Brasil*. São Paulo: ANNABLUME/CNTSS-CUT, 1998.

RIVERA, F.J. U.; ARTMAN, E.; FREITAS, C. M. *Relatório cenário da pós-graduação strictu sensu*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005, 85 pág.

SATO, E.; *Cooperação internacional: um componente essencial das relações internacionais*. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, 2010, Mar 4 (1): 46-57.

SAVINO, W.; JANI, I.V.; FUMANE, J.; BUSS P.M.; LEAL, M.C. *Local generation of high quality human resources for health research*. Bulletin of the World Health Organization; Dec, v86 (12): 910, 2008.

SCHATTNER, P.; KLEIN, B.; PITERMAN, L.; STURMBERG, J.; MCCALL, L.: *Impact of master of family medicine degree by distance learning on general practitioners' career options*. Medical Teacher, 29 (4) e 85 – 92, 2007.

SILVEIRA, M. M.; *Competências estratégicas na internacionalização da pós-graduação da Fiocruz: o programa de Moçambique*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 105 p., 2013.

SOUZA, L. K. C. S.; PRADO, S. D.; FERREIRA, F. R.; CARVALHO, M.C.V.S.; *"Eu queria aprender a ser docente": sobre a formação de mestres nos programas de pós-graduação do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil*. In: SEÇÃO TEMÁTICA - EDUCAÇÃO EM NUTRIÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Rev. Nutr. vol.27 no.6 Campinas Nov./Dec. 2014

TIMOTEO, M. E. *Acompanhamento de egressos e avaliação de cursos de pós-graduação stricto sensu: uma proposta para mestrados profissionais*. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública. ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, setembro de 2011.

TSIMTSIOU, Z.; SIDHU, K.; JONES, R.; *The benefits and costs of a master's programme in primary health care: a cross-sectional postal survey*. The British Journal of General Practice, 60(580):e434, 2010.

WATKINS, D.; *Motivation and expectations of German and British nurses embarking on a Masters programme*. Nurse Education Today; Volume 31, Issue 1, January 2011, Pages 31–35

WELLER, D.; ROBBINS, J.; ELMORE, A.; WIEDMANN, M.; *Master of Professional Studies in Agriculture and Life Sciences offered through the Field of Food Science and Technology at Cornell University: A Model for the Development of a Course-Based Graduate Degree in Food Science and Technology*. Journal of Food Science Education, Volume 14, Issue 1, pages 10–17, January 2015

WILSON, J.P.; WEN, L.K.; *Influence of a nontraditional master's degree on graduates' career paths*. American Journal of Health-System Pharmacy 2000, 57(23) 2196-2201.

WORLD HEALTH ORGANISATION; *The World Health Report 2006: Working together for health*. Geneva: WHO press, World Health Organisation; 2006.

ZHAOA, J. J.; TRUELLA, A. D.; ALEXANDERA, M. W.; HILLA, I. B.; *"Less Success Than Meets the Eye?" The Impact of Master of Business Administration Education on Graduates' Careers*. Journal of Education for Business, Volume 81, Issue 5, 2006

ZWANIKKEN, P.A.C.; DIELEMAN, M.; SAMARANAYAKE, D.; AKWATAGHIBE, N.; SCHERPBIER, A.; *A systematic review of outcome and impact of Master's in health and health care*. BMC Medical Education 2013, 13:18

ZWANIKKEN, P.A.C.; HUONG, N.T.; YING, X.A.; ALEXANDER, L.; MAGAÑA-VALLADARES, L.; WADIDI, M.S.; GONZALEZ-ROBLEDO, M.C.; QIAN, X.; LINH, N.N.; TAHIR, H.; LEPPINK, J.; SCHERPBIER, A.; *Outcome and impact of Master of Public Health programs across six countries: education for change. Human Resources for Health*, 2014, 12:40

ANEXO 1 - Questionário

Questionário - Egressos de Mestrado - ANGOLA e MOÇAMBIQUE

Nome

País/Estado/Província/Cidade atual

1. Em relação à sua principal atividade profissional atual (aquela de maior carga horária semanal) informe:

1.1. Natureza da instituição

- Pública
 Privada
 Organização não Governamental

1.2. Tipo de atividade (assinale todas que se aplicam às atividades realizadas na instituição):

- Ensino
 Pesquisa
 Desenvolvimento tecnológico
 Assistência à saúde
 Gestão Acadêmica
 Consultoria
 Outro:

1.3. Cargo:

1.4. Função:

1.5. Ano de ingresso na instituição:

1.6. Antes de ingressar no Mestrado você exercia atividade profissional nesta instituição?

- Sim
 Não

1.7. Houve mudanças no seu trabalho, de cargo ou função, durante e/ou depois do curso de mestrado?

- Sim
 Não

Quais? Por quais motivos?

1.8. Quantas horas semanais você trabalha? (Marque apenas uma resposta)

- Sem jornada fixa, até 10 horas semanais.
 De 11 a 20 horas semanais.
 De 21 a 30 horas semanais.
 De 31 a 40 horas semanais.
 Mais de 40 horas semanais

2. Você exerce atualmente outra atividade profissional além da informada acima?

- Sim
 Não

3. Antes do Mestrado sua principal atividade profissional era em outra instituição diferente da(s) informadas nas respostas anteriores?

- Sim
 Não

4. Utilizando escala de valores de 1 a 5, classifique os seguintes fatores associados à sua satisfação profissional:

	(5) extremamente satisfeito	(4) satisfeito	(3) medianamente satisfeito	(2) insatisfeito	(1) extremamente insatisfeito
Remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestígio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relações de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância social do trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade de novas aprendizagens e exercício da criatividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade de desenvolvimento profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carga de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Por que você procurou a FIOCRUZ para realizar seu mestrado?

(assinale até três motivos mais importantes)

- tradição da instituição
- prestígio da instituição
- excelência do curso
- interesse na linha de pesquisa oferecida
- probabilidade alta de obter bolsa de estudos
- conveniência decorrente da estruturação do curso
- interesse num orientador específico

6. Em relação ao grau de impacto do Mestrado nos aspectos seguintes, assinale (1) para Baixo Impacto, (2) para Médio Impacto e (3) para Alto Impacto.

	(1) Baixo Impacto	(2) Médio Impacto	(3) Alto Impacto
Formação acadêmico-profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crescimento pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampliação da rede de relações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampliação das oportunidades de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento de remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Em que grau o mestrado produziu modificações no modo como você desenvolve suas atividades de trabalho, ou seja, sua prática de trabalho?

- Muito positivamente
- Positivamente
- Não produziu
- Negativamente
- Muito negativamente

8. Qual ou quais os impactos do curso de mestrado sobre sua vida?

9. Você aplicou no seu trabalho conteúdos que aprendeu no curso de Mestrado?

- Sim
- Não

Como?

10. Quais são seus planos para o futuro?

ANEXO 2 – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Angola

ANGOLA Progress on the MDGs

Health MDGs

MDG - 4: Reduce child mortality

Target 4.A: Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

(Source: WHO, 2014)

	1990	2013	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Under-five mortality rate (deaths per 1,000 live births)	226.00	167.00	75.00	1.30	Making progress
Measles (MCV) immunization coverage among 1-year-olds (%)	38.00	91.00	100.00	4.07	On track

MDG - 5: Improve maternal health

Target 5.A: Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio

(Source: WHO, 2014)

	1990	2013	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	1,400.00	460.00	350.00	4.90	making progress

Target 5.B: Achieve, by 2015, universal access to reproductive health

(Source: WHO, 2014)

	2006-2013	MDG Target 2015	Progress on the MDGs
Births attended par skilled health personnel (%)	49.00	100.00	Insufficient progress
Antenatal care coverage at least one visit	68.00	100.00	Making progress
Unmet need for family planning (%)		0.00	No data

MDG - 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases

Target 6.A: Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS

Target 6.B: Achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it

Target 6.C: Have halted by 2015 and begun to in incidence of malaria and other major diseases

(Source: WHO, 2014)

	2001	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 (%)	1.80	1.90			2.10				2.40
Estimated number of malaria deaths						12,155.00		21,000.00	
Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)			287.00	292.00	298.00	304.00	310.00	316.00	320.00

Health-Related MDGs

MDG - 7: Ensure environment sustainability

Target 7.C: Halve, by the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation

(Source: WHO, 2014)

	1990	2012	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Population using improved drinking-water sources (%)	42.00	54.00	63.00	1.09	Making progress
Population using improved Sanitation (%)	29.00	60.00	43.50	3.16	MDG Target Achieved

MDG - 1: Eradicate extreme poverty and hunger

Target 1.C: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger

(Source: WHO, 2014)

	1990-1995	2006-2012	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Children aged <5 years underweight (%)	89.5	15.6	45.0	7.6	MDG Target Achieved

Other MDGs

MDG - 2: Achieve Universal Primary Education

Target 2.A: Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling

(Source: UNICEF, 2013)

	2007-2012	MDG Target 2015	Progress on the MDGs
Percentage of net enrolment ratio in primary education	85.7	100.0	Insufficient progress

MDG - 3: Promote Gender Equality and Empower Women

Target 3.A: Eliminate gender disparity in primary and secondary education, preferably by 2005, and in all levels of education no later than 2015

(Source: UNICEF, 2013)

	2007-2012	MDG Target 2015	Progress on the MDGs
The gender parity index in percentage of net enrolment ratio in primary education	0.84	1.00	Insufficient progress

MDG - 8: Develop a global partnership for development

Target 8.A: Develop further an open, rule-based, non discriminatory trading and financial system

Target 8.F: In cooperation with the private sector, make available the benefits of new technologies, especially information and communications

(Source: World Bank, 2013)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012
Official development assistance (ODA) received as percentage of GDP	2.60							1.30					0.22	
Percentage of population who are cellular or mobile subscribers			0.18	0.51	0.92	2.24	4.59	9.70	17.87	28.26	37.59	47.00	48.38	48.60
Percentage of the population who are Internet users			0.11	0.14	0.27	0.37	0.46	1.14	1.91	2.84	3.05	14.78	14.78	16.90

ANEXO 3 – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Moçambique

MOZAMBIQUE Progress on the MDGs

Health MDGs

MDG - 4: Reduce child mortality

Target 4.A: Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

(Source: WHO, 2014)

	1990	2013	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Under-five mortality rate (deaths per 1,000 live births)	237.00	87.00	79.00	4.30	On track
Measles (MCV) immunization coverage among 1-year-olds (%)	59.00	85.00	100.00	1.43	Making progress

MDG - 5: Improve maternal health

Target 5.A: Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio

(Source: WHO, 2014)

	1990	2013	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	1,300.00	480.00	325.00	4.30	Making progress

Target 5.B: Achieve, by 2015, universal access to reproductive health

(Source: WHO, 2014)

	2006-2013	MDG Target 2015	Progress on the MDGs
Births attended par skilled health personnel (%)	19.00	100.00	Insufficient progress
Antenatal care coverage at least one visit	60.00	100.00	Insufficient progress
Unmet need for family planning (%)		0.00	No data

MDG - 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases

Target 6.A: Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS
Target 6.B: Achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it
Target 6.C: Have halted by 2015 and begun to in cidence of malaria and other major diseases

(Source: WHO, 2014)

	2001	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 (%)	8.80	11.10			11.30				
Estimated number of malaria deaths						757.00		1,900.00	
Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)			531.00	536.00	540.00	545.00	548.00	551.00	552.00

Health-Related MDGs

MDG - 7: Ensure environment sustainability

Target 7.C: Halve, by the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation

(Source: WHO, 2014)

	1990	2012	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Population using improved drinking-water sources (%)	34.00	49.00	51.00	1.59	On Track
Population using improved Sanitation (%)	8.00	21.00	12.00	4.20	MDG Target Achieved

MDG - 1: Eradicate extreme poverty and hunger

Target 1.C: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger

(Source: WHO, 2014)

	1990-1995	2006-2012	MDG Target 2015	AARR	Progress on the MDGs
Children aged <5 years underweight (%)	23.9	15.6	8.0	1.9	Insufficient progress

Other MDGs

MDG - 2: Achieve Universal Primary Education

Target 2.A: Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling

(Source: UNICEF, 2013)

	2007-2012	MDG Target 2015	Progress on the MDGs
Percentage of net enrolment ratio in primary education	90.6	100.0	On Track

MDG - 3: Promote Gender Equality and Empower Women

Target 3.A: Eliminate gender disparity in primary and secondary education, preferably by 2005, and in all levels of education no later than 2015

(Source: UNICEF, 2013)

	2007-2012	MDG Target 2015	Progress on the MDGs
The gender parity index in percentage of net enrolment ratio in primary education	0.95	1.00	On track

MDG - 8: Develop a global partnership for development

Target 8.A: Develop further an open, rule-based, non discriminatory trading and financial system
Target 8.F: In cooperation with the private sector, make available the benefits of new technologies, especially information and communications

(Source: World Bank, 2013)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012
Official development assistance (ODA) received as percentage of GDP	40.50							19.40					16.73	
Percentage of population who are cellular or mobile subscribers			0.28	0.81	1.32	2.20	3.49	7.22	10.96	14.08	19.68	31.00	32.83	33.10
Percentage of the population who are Internet users			0.11	0.16	0.26	0.42	0.68	0.85	0.84	0.91	1.56	4.30	4.30	4.90