



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CLICIE ARRIAS FABRI**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO  
CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARINGÁ  
2016**

**CLICIE ARRIAS FABRI**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO  
CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e o processo de cuidado

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

**MARINGÁ  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

Fabri, Clicie Arrias

F133e Educação permanente em saúde no contexto da atuação do núcleo de apoio ao saúde da família nas condições crônicas / Clicie Arrias Fabri. -- Maringá, 2016.

93 f. : il. tabs.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Saúde da família - Estratégias. 2. Enfermagem - Políticas públicas. 3. Enfermagem - Educação continuada. I. Baldissera, Vanessa Denardi Antoniassi, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed.610.73

CLICIE ARRIAS FABRI

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO  
CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovado em 12/12/2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof Dr<sup>a</sup> Maria Dalva de Barros Carvalho  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira (Membro titular interno)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisabeth Kleba da Silva (Membro suplente externo)  
Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda (Membro suplente interno)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Dedico este trabalho

A todas as pessoas que buscam um sistema de saúde mais humano,  
com qualidade e, principalmente, não se cansam de acreditar nisso!

## **AGRADECIMENTOS**

São as motivações pessoais que nos impulsionam a traçar novos caminhos, porém, para alcançar nossos objetivos, somos cercados de pessoas que nos fazem mais fortes a cada dia, nos encorajando a não desanimar e a nos superarmos. Os obstáculos são encontrados, mas, mesmo que nos tornem menos fortes, somos incentivados a continuar, nos levando a uma conquista inesquecível. Agradeço a essas pessoas especiais que estiveram presente nesta etapa.

Aquele que me sustenta em pé: o Senhor Jesus Cristo.

À minha família, ao meu esposo Gilson, aos meus filhos Lohan e Lara, à minha mãe Alice, à minha irmã Karina, ao meu cunhado Beto e ao meu afilhado Davi por compreenderem, neste momento, que amar, doar e compartilhar não é necessariamente estar perto.

À fonte de sabedoria mais agradável que conheci, minha orientadora professora Dr<sup>a</sup> Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera, agradeço pela oportunidade, bem como pelo incentivo e confiança depositada.

Aos amigos que nos fortalecem, nos alegram e que fazem a diferença em nossa existência. Pessoas mais que especiais e amigos de longa data com quem sempre posso contar. Também aos novos amigos, que acreditaram no meu potencial e investiram comigo na realização desse projeto, tornando possível a sua concretização.

A todos dos grupos de pesquisa NEAPE e GEPPEES.

À minha banca avaliadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira, Prof Dr<sup>a</sup> Maria Dalva de Barros Carvalho, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisabeth Kleba da Silva, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda e Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti-Pires pelos apontamentos e contribuições no desenvolvimento deste trabalho.

Ao PSE e aos profissionais participantes da pesquisa, agradeço pela parceria, disponibilidade e o desprendimento o qual acarretaram em melhorias na construção desta pesquisa.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram comigo nessa trajetória, tanto pessoal como profissional, meus sinceros agradecimentos.

“Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo, educo e me educo.

Pesquiso para saber o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”.

“[...] afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere.

É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História”.

Paulo Freire

FABRI, C. A. **Educação Permanente em Saúde no contexto da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas condições crônicas**. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2016.

## RESUMO

Para implementar e qualificar a atenção básica criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O trabalho, junto às equipes Saúde da Família, demonstrou o importante papel do mesmo no desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, práticas ainda pouco valorizadas, mas de grande importância na formação dos profissionais. Dessa forma, objetivou-se analisar as práticas de Educação Permanente em Saúde desempenhadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no contexto das condições crônicas e descrever as potencialidades e dificuldades do processo de Educação Permanente em Saúde na perspectiva dos profissionais do NASF, desempenhadas no contexto das condições crônicas. Estudo qualitativo do tipo descritivo realizado em um município ao norte do Estado do Paraná, região sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram 24 profissionais de saúde integrantes dos NASF. A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2016 por meio de entrevista individual, utilizando um roteiro semiestruturado composto por questões relacionadas à caracterização dos participantes e da temática em questão, adequado por juízes da área. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo modalidade temática com o auxílio do *software* Iramuteq®. Em relação à caracterização dos profissionais, se destaca a predominância do sexo feminino, a média de quatro anos de atuação no NASF, e três das nove equipes tiveram maior representatividade na pesquisa. Quanto aos significantes textuais e significado do conteúdo, foi organizado o arranjo dos discursos e, posteriormente, elencadas palavras-chaves mais frequentes, organizadas na forma de nuvem de palavras: falar – sentido de comunicar –, Agente Comunitário de Saúde, dar – no que se referem às explicações, ações, funções – achar, estar e conseguir. A análise temática permitiu elencar cinco categorias que se desdobram em subcategorias, e estas apresentam a Educação Permanente em Saúde no contexto das condições crônicas, presentes nas ações do NASF por meio de atividades de prevenção e de acompanhamento de casos, efetivadas por meio de ações indiretas e programadas desenvolvidas no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF). A inserção do NASF junto a ESF é uma potencialidade para se desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas. Entretanto aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel, podem ser fragilidades no desenvolvimento dessas ações. Os achados deste estudo demonstram que o processo de trabalho do NASF vem sendo alterado, mas mantêm-se voltados à interação das equipes multiprofissionais que podem ser evidenciados nas atuações em grupo, visitas domiciliares, discussões de caso e matriciamento, sendo este um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção primária à saúde. Contudo, o estudo também permitiu ressaltar fragilidades, desafios a serem enfrentados

quanto à questão organizacional, infraestrutura, gestão, relacionamentos e de processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Políticas Públicas; Educação Continuada.

FABRI, C. A. **Permanent education in health through the Support of the Family Health Support Unit, in the context of chronic conditions.** 95 sheets. Dissertation (Nursing Mastership Degree) – State University of Maringá. Supervisor: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2016.

## ABSTRACT

To implement and to qualify basic care there was created the Family Health Support Center. The work together with the Family Health Teams demonstrated the important role of the same in the development of actions of permanent education in health, practices still undervalued but of great importance in professional's training. Thus, the aim of this study was to analyze the practices of permanent education in health performed by the Family Health Support Center (NASF) in the context of chronic conditions and describe the potentialities and difficulties of the process of permanent education in health from the perspective of NASF professionals, performed in the context of chronic conditions. A qualitative and descriptive study carried out in a municipality in the Northern State of Parana, southern Brazil. The participants of the research were of 24 health professionals who are members of NASF. Data collection took place between June and July 2016 through an individual interview, using a semi-structured script composed of questions related to the characterization of the participants and the subject matter, as appropriate by judges in the study area. Previous contact was made to explain to the professionals the purpose of the study and its methodology and to schedule the date, time and place of the interviews and the choice of the participants. The interviews were recorded and transcribed in their entirety and submitted to content analysis, with the help of Iramuteq<sup>®</sup> software. Regarding the characterization of the professionals, the predominant were females, the average of four years of performance at NASF, and three out of the nine teams were more representative in the survey. Concerning the textual signifiers and the meaning of content, the arrangement of the speeches was organized and, later, the most frequent keywords organized in the shape of a cloud of words: talk - sense of communication -, Community Health Agent, give - Refers to explanations, actions, functions - to find, to be and to achieve. The thematic analysis allowed us to list the five categories, which are divided into subcategories, and these present the permanent education in health in the context of chronic conditions that appear in the actions of the NASF through prevention and follow-up activities carried out by means of indirect and programmed actions developed in the work process of the Family Health Strategy (FHS). The insertion of the NASF into the FHS is a potential for the development of permanent health education regarding the chronic conditions. However, organizational, physical-structural and role identity aspects can be fragilities in the development of these actions. Thus, the findings of this study demonstrate that the work process of the NASF has been changed but remains focused on the interaction of multiprofessional teams those can be evidenced in group performances, home visits, case discussions and matrix process, these being a basic device to enhance the comprehensiveness of care and the resolution of primary health care. However, this study also allowed us to highlight fragilities such as some challenges to be faced in terms of infrastructure,

professional aspects and work processes that end up hindering or sometimes facilitating the daily work of these teams.

**Keywords:** Family Health Strategy; Public Policies; Continuing Education.

FABRI, C. A. **La educación permanente en salud, en el contexto de la labor del Centro de Apoyo a la Salud en condiciones crónicas**. 95 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá. Líder: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2016.

## RESUMEN

Para aplicar y calificar la atención primaria se creó el Centro de Apoyo a la Salud. El trabajo con los equipos de salud familiar demostró el importante papel de la misma para el desarrollo de acciones de formación continua en materia de salud, las prácticas siguen infravaloradas, pero de gran importancia en la formación de profesionales. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo analizar la formación continua de las prácticas de salud realizadas por el Centro de Apoyo a la Salud (NASF) en el contexto de las enfermedades crónicas; y describir el potencial y las dificultades del proceso de educación permanente en salud desde la perspectiva de los profesionales del NASF, realizadas en el contexto de las enfermedades crónicas. Este es un estudio cualitativo de carácter descriptivo, realizado en una ciudad en el norte de Paraná, sur de Brasil. Los participantes fueron 24 profesionales de la salud de los miembros del NASF. Los datos fueron recolectados de junio a julio de 2016 a través de entrevistas individuales, utilizando un guión semi-estructurado que consiste en preguntas relacionadas con la caracterización de los participantes y el tema en cuestión, apropiadas para los jueces de la zona. El contacto previo celebrado para explicar a los profesionales la finalidad del estudio y su metodología y programar la fecha, la hora, el sitio de las entrevistas y la elección de los participantes. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas y sometidas al análisis de contenido de modalidad temática con la ayuda del software Iramuteq®. En cuanto a la caracterización de los profesionales, destaca el predominio del sexo femenino, la media de cuatro años en el NASF, y tres de los nueve equipos tenían una mayor representación en la encuesta. En cuanto a los significantes textuales y significado de contenido, se organizó la disposición de los discursos y posteriormente las palabras clave más frecuentes, organizadas en forma de nube de palabras: hablar - sentido de la comunicación – Agente de Salud de la Comunidad, a – en se refiere a las explicaciones, las acciones, las funciones – encontrar, ser y lograr. El análisis temático permitió elaborar el inventario de cinco categorías que se desglosan en subcategorías y estas tienen la educación permanente en salud en el contexto de las afecciones crónicas presentes en las acciones del NASF a través de actividades de prevención y seguimiento de casos llevados a cabo por acciones indirectas y previstas desarrolladas en el proceso de trabajo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). La inserción del NASF en la ESF es un potencial para desarrollar la educación sanitaria permanente que rodea las enfermedades crónicas. Sin embargo, organizar la identidad física, estructural y funcional pueden ser debilidades en el desarrollo de estas acciones. Por lo tanto, los resultados de este estudio demuestran que el NASF en el proceso de trabajo ha cambiado, pero siguen centrados en la interacción de equipos multidisciplinares que pueden ser evidenciadas en presentaciones en grupo, visitas a domicilio, discusiones de casos y matricial, que es un dispositivo esencial para la mejora de la atención integral y los resultados de la atención primaria de salud. Sin embargo,

el estudio también permitió poner de relieve las debilidades, como algunos de los retos que han que afrontar, en respecto a la infraestructura, las competencias profesionales y al proceso de trabajo que, en última instancia, impide, o as veces, facilitan el trabajo diario de estos equipos.

**Palabras clave:** Estrategia Salud de la Familia; Políticas Públicas; La Educación Continua.

## LISTA DE SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| ACS      | Agentes Comunitários da Saúde   |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família   |
| EPS      | Educação Permanente em Saúde  |
| PNEPS    | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde   |
| APSUS    | Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde  |
| SCNES    | Sistema de Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde                             |
| PACS     | Programa de Agentes Comunitários de Saúde   |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| CIB      | Comissão Intergestores Bipartite  |
| CAPS AD  | Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Droga   |
| CEO      | Centro de Especialidades Odontológicas  |
| NASF     | Núcleo de Atenção Saúde da Família  |
| EPS      | Educação Permanente a Saúde   |
| PNAB     | Política Nacional Atenção Básica  |
| MS       | Ministério da Saúde   |
| AB       | Atenção Básica  |
| CAPS     | Centro de Apoio Psicossocial  |
| DST      | Doença Sexualmente Transmitida  |
| HIV      | Vírus Da Imunodeficiência Humana  |
| SAMU     | Serviço Avançado Móvel de Urgência  |
| COPEP    | Comitê de Ética em Pesquisa   |
| ESB      | Equipe Saúde Bucal  |
| IRAMuTeQ | <i>Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i> |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e estatística   |
| IPARDS   | Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social                                  |
| PNUD     | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento   |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Nuvem de palavras: a Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do NASF.....                                 | 42 |
| Quadro 1 | Categorias e subcategorias temáticas.....  | 45 |
| Figura 2 | Nuvem de palavras: as potencialidades para o NASF desenvolver a Educação Permanente em Saúde entorno das condições crônicas..... | 56 |
| Figura 3 | Nuvem de palavras: as fragilidades para o NASF desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas..... | 60 |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 18        |
| 1.1          | APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA .....  | 18        |
| 1.2          | BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O ATUAL MODELO ASSISTENCIAL ..... | 19        |
| 1.3          | O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA: SUAS DIRETRIZES E ATRIBUIÇÕES .....                                   | 22        |
| <b>1.3.1</b> | <b>O Núcleo de Apoio a Saúde da Família e o apoio matricial ou matriciamento</b> .....                      | <b>25</b> |
| 1.4          | O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....                                 | 26        |
| 1.5          | O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS .....                         | 29        |
| 1.6          | PROBLEMA DE PESQUISA .....  | 31        |
| 1.7          | A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA PARA ENFERMAGEM .....   | 31        |
| 1.8          | OBJETIVOS .....   | 32        |
| <b>2</b>     | <b>PERCUSO METODOLÓGICO</b> .....   | <b>33</b> |
| 2.1          | TIPO DE PESQUISA .....  | 33        |
| 2.2          | LOCAL DA PESQUISA .....   | 33        |
| 2.3          | PARTICIPANTES .....   | 34        |
| 2.4          | COLETA DE DADOS .....   | 36        |
| <b>2.4.1</b> | <b>Período de coleta de dados</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>2.4.2</b> | <b>Procedimentos para coleta de dados</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>2.4.3</b> | <b>Instrumentos para coleta de dados</b> .....  | <b>36</b> |

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| 2.5          | ANÁLISE DOS DADOS .....   | 38        |
| 2.6          | ASPECTOS ÉTICOS .....   | 40        |
| <b>3</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>  | <b>42</b> |
| 3.1          | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....  | 42        |
| 3.1.1        | Significantes da educação permanente em saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio Saúde da Família: a análise lexical por meio da nuvem de palavras .....  | 42        |
| 3.1.2        | Significados da educação permanente em saúde nas condições crônicas na prática do núcleo de apoio a saúde da família: as categorias temáticas .....   | 44        |
| 3.1.2.1      | Categoria 1: A educação permanente em saúde nas condições crônicas na prática do núcleo de apoio a saúde da família acontece tanto em temáticas de prevenção quanto de acompanhamento dos casos existentes.....         | 46        |
| 3.1.2.2      | Categoria 2: A educação permanente em saúde nas condições crônicas na prática do núcleo de apoio a saúde da família se efetiva por meio de ações indiretas no cotidiano do trabalho da estratégia saúde da família..... | 48        |
| 3.1.2.3      | Categoria 3: A educação permanente em saúde nas condições crônicas na prática do núcleo de apoio a saúde da família se efetiva por meio de ações programadas do trabalho da estratégia saúde da família; casos;.....    | 52        |
| <b>3.1.3</b> | <b>Significantes das potencialidades para o núcleo de apoio à saúde da família desenvolver a educação permanente em saúde entorno das condições crônicas: a análise lexical por meio da nuvem de palavras .....</b>     | <b>55</b> |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 3.1.3.4 | Categoria 4: As potencialidades para o núcleo de apoio a saúde da família desenvolver a educação permanente em saúde no entorno das condições crônicas residem no fato do núcleo de apoio a saúde da família estar inserido efetivamente no processo de trabalho da estratégia saúde da família..... | 57 |
| 3.1.4   | <b>Significantes das fragilidades para o núcleo de apoio a saúde da família desenvolver a educação permanente em saúde no entorno das condições crônicas residem em aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel: a análise lexical por meio da nuvem de palavras .....</b> | 59 |
| 3.1.4.5 | Categoria 5: As fragilidades para o núcleo de apoio a saúde da família desenvolver a educação permanente em saúde no entorno das condições crônicas residem em aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel.....  | 61 |
| 4       | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | 70 |
| 5       | <b>CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM .....</b>   | 71 |
|         | <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | 72 |
|         | <b>APÊNDICES .....</b>   | 79 |
|         | <b>ANEXOS .....</b>  | 81 |

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Com a frase do educador e pensador notável Paulo Freire apresento minha aproximação com a temática do estudo, afirmando a inquietação que me move ao aprendizado. Início descrevendo minha trajetória profissional para explicar minha busca pelo aprender, trocar, compartilhar vivências.

Minha vivência profissional foi inteiramente no Sistema Único de Saúde (SUS) e direcionada à atenção básica. Atuei no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no estado do Mato Grosso por um ano e na Estratégia Saúde da Família (ESF) por três anos em dois municípios do Paraná (Iporã e Maringá). Mas foi como diretora de unidade básica de saúde de Maringá que passei a me envolver mais profundamente com a gestão e a educação permanente em saúde, em que dediquei oito anos de trabalho em duas unidades, trabalhando com seis equipes da ESF e com uma equipe do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), por um ano.

No ano de 2011 aceitei um grande desafio: estive na gerência da ESF e dos NASF do município de Maringá, onde percebi a imensa oportunidade desta política se firmar e, realmente, mudar paradigmas. Na docência ministrei aulas teóricas e práticas para o curso técnico de enfermagem, bem como em especializações e, de 2011 até 2015, atuei em uma instituição de ensino particular ministrando aulas na graduação de um curso da área da saúde.

Neste caminhar profissional me motivei a aprender, a discutir, a descobrir, a lutar em busca de mudanças nas atuações dos profissionais da atenção básica. Nesta perspectiva, vislumbrei a possibilidade de novas reflexões dentro das práticas, oportunizando a diversidade de saberes, onde poderia haver transformações nos processos de trabalho com mudanças não somente de atitude, mas em toda sua práxis.

Para esse entendimento de mudanças na política pública de saúde percebo o percurso evolutivo do SUS como uma construção firmada em lutas e conquista, tanto de profissionais de saúde quanto das comunidades.

Nestes vinte cinco anos de existência o SUS apresentou avanços, mas ainda possui grandes desafios a serem superados. Ao longo deste tempo algumas modelagens foram desenvolvidas prevendo a consolidação dos seus princípios. No entanto, ainda é preciso implementar e discutir sobre a gestão na centralidade da atenção nos vários níveis assistenciais. Esta conquista gradativamente toma forma por meio de iniciativas inovadoras, como a reconfiguração de práticas educativas no contexto da atenção básica impulsionadas pela Educação Permanente em Saúde (EPS) e organizadas pelo NASF.

Foi acreditando nessas novas perspectivas de construção do SUS que em 2014 intencionei buscar qualificação profissional por meio da pós-graduação *Stricto sensu*. Naquela época já estava inserida como docente em cursos da área da saúde e a demanda por preparo profissional era ainda mais urgente. Interessava buscar respostas que me levassem a compreender melhor a relação entre Educação Permanente em Saúde e Núcleo de Apoio Saúde da Família no âmbito de reorganização de saberes e fazeres nas condições crônicas que, sabidamente, constituem-se em nó crítico para os serviços de saúde em razão de sua magnitude e longitudinalidade de cuidado. E, assim, configurou-se a presente proposta de estudo.

## 1.2. BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O ATUAL MODELO ASSISTENCIAL

A partir da Constituição Federal Brasileira, em 1988, a saúde foi considerada direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado a ser garantido mediante políticas públicas, sejam sociais ou econômicas, assegurando a integralidade do atendimento e proporcionando o acesso universal e igualitário.

Os princípios constitucionais do SUS contemplam de forma doutrinária a integralidade, a equidade e a universalidade e, de forma organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social.

Representando a materialização dessa concepção da saúde, a Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre o acesso universal

e igualitário aos bens e serviços de saúde, de forma a garantir ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização e funcionamento, elencando os objetivos do SUS, suas competências e atribuições (BRASIL, 1990a). Em conjunto, a lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, ressaltou a participação da comunidade na gestão do SUS e dispõe as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b). Ambas as leis solidificaram o papel do município como protagonista de decisão e executor das ações de saúde, sobretudo pela descentralização.

Para impulsionar ações de saúde para além do curativismo, o Ministério da Saúde (MS) iniciou uma reorganização do modelo assistencial em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), pautado no cuidado ao indivíduo, a família e a comunidade, com ações intersetoriais de promoção e prevenção e assistência à saúde.

Advinda do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que contribuiu para a redução das mortalidades infantil e materna principalmente nas regiões Norte e Nordeste, a Estratégia Saúde da Família foi sabidamente parte decisiva do processo de reorganização do modelo assistencial, coadunando os ideais da atenção básica (BRASIL, 2009a). Foi uma proposta contra hegemônica no sentido de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde. Teve como objetivo reorganizar a prática assistencial, antes centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997). Hoje denominada Estratégia Saúde da Família, acredita-se em sua potencialidade para consolidar a atenção primária à saúde, no Brasil, por vezes, denominada de atenção básica (GIL, 2006). É o primeiro contato da população com a rede assistencial do sistema de saúde público, e caracteriza-se especialmente pelo foco na continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. Trata-se de um complexo arcabouço de conhecimentos e procedimentos que demandam grande intervenção nos mais distintos aspectos, visando melhoria na qualidade de vida da população (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Vale destacar a recente prioridade da Estratégia Saúde da Família no âmbito da atenção básica. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) essa estratégia foi eleita como principal modelo assistencial, assumindo a AB com o mais alto grau

de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, sendo a principal porta de entrada (BRASIL, 2014). Por se nortear pelos seus princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, humanização, equidade e participação social, observam-se os mesmos princípios da Atenção Primária a Saúde, com foco no atendimento integral (MORETTI-PIRES, 2009).

A equipe saúde da família cumpre diretrizes pautadas nas portarias ministeriais, de acordo com os preceitos dos SUS, com o foco na expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica (BRASIL, 2014).

Caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, a AB abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2014). Com conformação paralela com as equipes multidisciplinares de saúde e focados no desenvolvimento de cuidados integrados (REY-GAMERO; ACOSTA-RAMÍREZ, 2011).

Quanto à Estratégia Saúde da Família, sabe-se do impacto de suas equipes funcionando adequadamente, pois são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (STARFIELD, 2002).

A organização da ESF deve ser responsável por no máximo quatro mil pessoas, respeitados os critérios de equidade, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2014). É composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista

generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2014).

As atribuições dos membros das equipes têm no processo de territorialização e mapeamento o norteador das ações a serem desenvolvidas. Estas diversificadas atividades devem suprir às necessidades locais e às disposições legais do exercício da função de cada categoria. As ações perpassam desde a responsabilização da população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de apoio em outros pontos de atenção do sistema de saúde; a realizar o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, de educação em saúde à população adscrita utilizando recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2011).

### 1.3. O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA: SUAS DIRETRIZES E ATRIBUIÇÕES

A portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, redefiniu os parâmetros de modalidades às diferentes ESF e formas de vinculação das equipes NASF, atribuições e a que se destina. O principal objetivo do NASF é de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2014).

Contudo, percebeu-se uma lacuna na assistência, pois a longitudinalidade do cuidado não ocorriam e as práticas educativas não contemplavam a amplitude do cuidado de forma adequada. Assim, em 2008, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na AB, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, atribuiu ao NASF as diretrizes para

produzir ou apoiar as equipes na produção de cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2014).

Compete ao NASF atuar na atenção básica nas seguintes diretrizes: desenvolvimento da noção de território de atuação da ESF; na ação interdisciplinar e intersetorial; na Educação Permanente em Saúde dos profissionais e da população; integralidade; participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2014).

Frente a essas diretrizes o NASF constitui-se em dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB, uma vez que amplia o escopo de ações desta. Por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes, incluindo potencialidade de desenvolver o trabalho interdisciplinar dos profissionais do NASF com equipes da Saúde da Família e comunidade, favorecendo assim uma reorganização do processo de trabalho (BRASIL, 2014).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional. As especialidades médicas permitidas são: pediatria, ginecologia, geriatria, homeopatia e veterinária. Atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, e atenção básica.

Como não se constitui em porta de entrada do sistema de saúde, o NASF atua de forma complementar a AB fortalecendo ações interdisciplinares oportunas pelo diálogo, o matriciamento e a proposta de atuação em nove áreas estratégicas, sendo elas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais e práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2014).

Sucintamente, estão citadas abaixo as ações de responsabilidade dos profissionais do NASF (BRASIL, 2008):

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações, utilizando o critério de risco;

- Atuar de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo os casos de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Ampliar o processo de acompanhamento longitudinal, de responsabilidade da Equipe de Atenção Básica e Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Gestores locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF, por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- Avaliar em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF e
- Elaborar projetos terapêuticos singulares, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF, visando o acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

O NASF, para assumir suas responsabilidades, requer motivação para enfrentar os desafios da inter e da transdisciplinaridade, caminhando para a atuação interprofissional. Assim, é capaz de ampliar seu ambiente/cenário terapêutico reduzido inicialmente por consultório ou paredes da unidade para além disso, construindo novas tecnologias em saúde, com foco nas famílias e comunidade (BRASIL, 2009).

### **1.3.1 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o apoio matricial ou matriciamento**

Uma importante estratégia do NASF é o matriciamento às equipes a partir das necessidades locais, de vulnerabilidades e priorização de ações, por meio de atendimentos compartilhados e interdisciplinares realizados por diferentes profissionais nas diversas áreas do conhecimento (BRASIL, 2014).

Entende-se por matriciamento um novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (CAMPOS, 1999 apud BRASIL, 2014). Pode-se dizer tratar-se de um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes. Para acontecer o matriciamento, é necessário o apoio matricial, entendido como o apoio que se despende à equipe responsável por realizar os cuidados no território. Assim, a equipe do NASF serve de apoio matricial para as equipes saúde da família, por meio do matriciamento, alargando sua possibilidade de cuidado. Destaca-se que o termo Apoio Matricial é composto por dois conceitos operadores: apoio e matricial.

Apoio sugere uma maneira para se operar essa relação horizontal, mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, indica uma metodologia para ordenar a relação entre referência (ESF) e especialista (NASF), não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Espera-se que com o diálogo se evite tanto a fragmentação do próprio saber, quanto à fragmentação do cuidado ao paciente.

O funcionamento dialógico e integrado (CAMPOS; DOMITTI, 2007) pressupõe tomar a equipe como um espaço coletivo de discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão e participação na organização da vida. Assim, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

O segundo conceito operador, matricial, carrega vários sentidos: por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si, quer sejam trabalhados na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Sugere que os profissionais de referência e especialistas de apoio mantenham relação horizontal e não apenas vertical (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A articulação entre Equipe Saúde da Família e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais (SÃO PAULO, 2009, p. 8):

- Troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, diálogos sobre alterações na avaliação de caso, reorientação de conduta, permanecendo o caso sob cuidado da equipe de referência;
- Em situações que exijam atenção específica do núcleo de saber do apoiador (NASF), este pode programar, para si mesmo, uma série de atendimentos ou de intervenções compatíveis com o escopo da Atenção Primária em Saúde, em corresponsabilidade com a ESF, comprometida com o seguimento do cuidado integral e longitudinal de todos os pacientes, famílias e comunidade de sua área de abrangência;
- Atendimentos e intervenções conjuntas entre os profissionais do NASF e os profissionais da ESF.

Dito isso, aponta-se o papel técnico-pedagógico e, portanto, educativo, inerente ao matriciamento no âmbito do NASF.

#### 1.4. O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Entendido o matriciamento, pode-se afirmar que este representa uma estratégia de EPS com vistas à ampliação da clínica das equipes. Apresenta-se como uma oportunidade importante para ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica e ao mesmo tempo, configura-se como arranjo organizacional e

uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que integra as equipes, gera novos saberes e novas práticas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

É notório que a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho dos NASF envolvem tecnologias, sejam elas destinadas à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações educativas, seja sob demanda ou como o apoio matricial (BRASIL, 2014; DAUSSY, 2014).

Desta forma, se evidencia a EPS enquanto ação promotora de aprendizagem constante ao longo da vida, que se faz no e pelo trabalho.

Na AB as ações do NASF devem atuar de forma a integrar essas redes de serviços de saúde e a ESF, com atividade que possam valorizar e aperfeiçoar as competências de cada profissional membro da equipe, a fim de potencializar as ações.

A EPS é uma temática que integra discursos nas áreas da saúde e da educação, como uma estratégia efetivamente transformadora, inclusiva, capaz de aproximar objetivos, ações e ideologias em busca de efetivar as constitucionalidades que guiam as políticas de atenção e formação em saúde no país (DAUSSY, 2014).

No campo da atenção à saúde, a EPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004) e alterada pela Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ancorada em uma ação estratégica, da gestão e do controle social, a EPS objetiva contribuir para o desenvolvimento profissional, qualificar práticas, ações e serviços, transformar modelos de atenção e processos formativos com vistas à integralidade da atenção à saúde.

A EPS visa fortalecer o modelo de atenção, à promoção e à prevenção em saúde, para que a atenção integral seja a referência do trabalho, visando à autonomia dos sujeitos na produção da saúde. Para tanto, busca à formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, e que considere a realidade social para oferecer atendimento ético, humanizado e de qualidade (SARRETA; BERTANI, 2009).

É vista nos serviços de saúde como política primordial para incorporar e concretizar um atuar mais qualificado e comprometido com as necessidades dos indivíduos e das comunidades e com o desenvolvimento do sistema de saúde. As

necessárias ações pedagógicas para subsidiar atos, linguagens e reflexões, capazes de transformar experiências em conhecimentos e dispositivos para qualificar a atenção, a gestão e a formação no campo da saúde precisam ser incentivadas e desenvolvidas na esfera organizacional dos serviços e nas competências profissionais (DAUSSY, 2014).

O trabalho do NASF ancora-se nas diretrizes da EPS e da atenção básica e inaugura um processo educativo que ressignifica a relação e intercâmbio de saberes entre as diversas áreas, que são importantes na construção de novos conhecimentos e identidades interdisciplinares e na consolidação da integralidade da atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2014).

Assim, por meio de suas práticas, o NASF se despe da antiga atuação dos profissionais de saúde e constrói, juntamente com outros profissionais da AB e com a comunidade, novas organizações, valorizando as capacidades e transformando as práticas de saúde. Por essa razão, são práticas que consolidam a EPS.

Para isso vale destacar que os espaços de EPS devem ser construídos de forma coletiva, a partir do envolvimento e compromisso de profissionais, gestores e usuários com a produção de conhecimento no território e, a partir dele, com vistas à transformação de realidades e problemas concretos dos serviços e das comunidades. Nessa afirmativa, desvela-se o papel da gestão municipal para os processos efetivos de inserção, apoio, acompanhamento e desenvolvimento dos NASF junto às equipes saúde da família (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse sentido, o NASF deve estimular, propiciar e compor, com a ESF, espaços reflexivos de EPS, pois a ausência desses momentos não traduz o objetivo de inovação de ações de saúde que fortaleçam a interdisciplinaridade e o trabalho em saúde na atenção básica.

No Estado do Paraná, Brasil, a EPS esteve presente no trabalho do NASF por meio de sua participação ativa no Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, chamado de APSUS. Esse programa foi criado pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná em 2011, com o objetivo de organizar as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde no Paraná. O APSUS visa à promoção do cuidado da população em todo o seu ciclo de vida, qualificando as equipes de atenção básica de saúde por meio de oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde em “ondas formativas”. Essas oficinas envolveram profissionais de saúde,

trabalhadores dos municípios, gestores das Regionais de Saúde e professores das Universidades. (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Portanto, com a EPS não existe a educação de um indivíduo que sabe para outro que não sabe, mas como em qualquer forma de educação crítica e transformadora, o que é oportunizado é a troca e o intercâmbio, devendo ocorrer também o estranhamento de saberes e a desacomodação de práticas que estejam vigentes em cada lugar (CECCIM; FERLA, 2009).

### 1.5. O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

O envelhecimento da população brasileira e a expectativa de vida aumentaram a prevalência das condições crônicas e, por isso, há de se considerar que impactaram nos atendimentos na AB (VON KORFF et al., 1997; HOLMAN; LORIG, 2000). Geralmente suas manifestações clínicas e patologias surgem após longo tempo de exposição aos fatores de risco (BALDISSERA, 2009). São condições que demandam número expressivo de medicamentos e requerem cuidados em longo prazo (RAFIL et al., 2014).

As condições de saúde na atenção básica podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas, que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012). Um ambiente propício para o encontro de tecnologias e interdisciplinaridades.

O cuidado pode acontecer em espaços físicos diferentes ou, quando necessário, em um local único, e são as relações que se estabelecem entre as pessoas que dão significado ao espaço do cuidado, tornando-o efetivo e não o contrário (CORRÊA; BELLATO; ARAÚJO, 2015).

Portanto, pessoas que apresentam doenças crônicas reportam pior autoavaliação de saúde (MORETTI-PIRES, 2009).

As condições crônicas vão muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012).

Neste enfoque, a educação permanente coloca-se como uma prerrogativa, pois é uma ferramenta para o alcance de resultados entre os trabalhadores e equipes, sendo a base para a qualificação dos profissionais por meio de treinamentos e capacitações para implantação de protocolos, com participação e responsabilização compartilhada, a fim de minimizar o seguimento das condições crônicas e organizar o atendimento oportuno (BILLETT et al., 2015).

A dinâmica do NASF tem função fundamental nesse processo apoiando/executando juntamente com as equipes as atividades de Educação Permanente em Saúde (DAUSSY, 2014), tal qual busca mostrar o presente estudo diante desta perspectiva, vislumbrando o quanto essa função está sendo desempenhada.

Dentro deste contexto, o NASF vem ratificar na percepção e principalmente nas ações, visto que o avanço das condições crônicas no perfil epidemiológico da atenção básica evidencia que o sistema de saúde atual não está estruturado para enfrentar sua magnitude, que se revela pelo quão frágil é o modelo de atenção para assisti-las.

Neste modelo atual não há possibilidade de sustentar as garantias definidas pelo SUS. É preciso um conjunto das ações com princípios norteadores, como o acesso às práticas e oportunidades de viver saudável e a promoção da autonomia na conquista do direito à saúde e à qualidade de vida.

As ações no NASF frente condições crônicas buscam promover atenção integral aos usuários e auxilia os profissionais no desenvolvimento de ações e

cuidado em áreas sensíveis, que requerem maior atenção, preparo e envolvimento do sistema de saúde (BRASIL, 2014).

No processo de trabalho do NASF a estratégia do apoio matricial exige integração profissional para definição de práticas permeadas pelos distintos saberes. Isso incentiva a intersectorialidade e, portanto, é capaz de aglutinar saberes e poderes, sobretudo diante da complexidade das condições crônicas que demandam novas propostas de cuidado (BRASIL, 2011).

## 1.6. PROBLEMA DE PESQUISA

A fim de apreender as atividades educativas inerentes ao NASF nas condições crônicas e desvendar os momentos, os espaços e a frequência com que elas acontecem, o presente estudo se debruçou.

Assim, por apoiar-se na relação existente entre a EPS, o NASF e as práticas no entorno das condições crônicas na atenção primária à saúde, a questão que norteou a presente pesquisa foi: Como se caracterizam as práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos NASF no contexto das condições crônicas?

## 1.7. A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA PARA ENFERMAGEM

A EPS, como uma potente tecnologia de gestão associada às diretrizes norteadoras do NASF, forma um alicerce de fortalecimento para as ações em saúde, preferencialmente na atenção básica, frente às condições crônicas. Sendo assim, o estudo justificou-se diante da necessidade de conhecer os processos de Educação Permanente em Saúde desempenhados pelas equipes dos NASF, sobretudo por considerar que são dispositivos que impulsionam novas práticas de saúde, nas quais o enfermeiro é profissional implicado. Afirma-se que os encontros coletivos das equipes de saúde permeiam práticas de EPS e, por isso, mostram

oportunidades de aprendizado por fomentar as trocas de experiências e de saberes.

Desta maneira, acredita-se que a presente proposta de pesquisa possa desvelar a realidade dos espaços destinados à EPS, sobretudo as potencialidades desse processo. Além disso, pode contribuir o estudo com a criticidade para a realidade clínico-assistencial e técnico-pedagógica do NASF, permitindo contextualizar o papel do enfermeiro na atenção básica e no trabalho interprofissional.

Cumprir destacar que foi realizado um levantamento de agosto a setembro de 2016, referente ao recorte temporal de 2008 a julho de 2016, pelo sistema de busca Google Acadêmico permitindo busca simples e abrangente com o uso das palavras-chaves: Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde.

Encontrou-se 2.690 trabalhos que abordavam sobre a temática em tela. Realizou-se a pré-análise dos materiais por meio de leitura dos títulos e resumos, resultando na seleção de 53 trabalhos os quais foram lidos e, destes, foram selecionados três estudos que versavam sobre a EPS e NASF.

Dessa forma, para além de seus resultados preencherem as lacunas de conhecimentos científicos atualmente existentes, cuja evidência se encontra na escassez de publicações que envolvem esse contexto, acredita-se na sua potencialidade de aglutinar novas perspectivas do trabalho do enfermeiro na atenção básica, sobretudo no que se refere ao trabalho em equipe que configura a Educação Permanente em Saúde.

## 1.8. OBJETIVOS

Analisar as práticas de Educação Permanente em Saúde desempenhadas pelo NASF no contexto das condições crônicas.

Descrever as potencialidades e dificuldades do processo de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos profissionais do NASF, desempenhadas no contexto das condições crônicas.

## 2. PERCUSO METODOLÓGICO

### 2.1. TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo.

A abordagem qualitativa foi escolhida para o presente estudo por permitir maior aproximação às situações cotidianas do trabalho do NASF, possibilitando que fossem discutidas pelo coletivo que as vivenciam (MINAYO, 2001). O emprego da abordagem qualitativa proporcionou ir além da leitura aparente do fenômeno da EPS no âmbito de atuação do NASF no contexto das condições crônicas, uma vez que esse tipo de estudo permitiu identificar, de acordo com Minayo:

[...] os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes da ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação (MINAYO, 2001, p. 22).

O que se procurou na abordagem qualitativa foi a obtenção e interpretação de um sentido mais amplo para os dados, permeando uma ligação mediante conhecimentos disponíveis (GIL, 2008) em relação à EPS como dispositivo técnico-pedagógico do NASF.

No que se refere ao caráter exploratório da pesquisa em tela, vale esclarecer que seu intento foi se desenvolver de modo a elencar problemas mais precisos ou hipóteses indagáveis para pesquisas posteriores, propiciando uma visão geral e aproximada desse fato (GIL, 2008). Buscou-se a escrita descritiva porque, juntamente com a exploratória, desvelou-se a descrição e apreensão crítica da realidade. Assim, descobriu-se a EPS no âmbito do NASF nas condições crônicas, procurando descrevê-la, classificá-la e interpretá-la (MORAES; MONT'ALVÃO, 1998).

### 2.2. LOCAL DA PESQUISA

O município onde foi realizada a pesquisa localiza-se ao norte do Estado do Paraná, região sul do Brasil. Possui 403.063 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE, 2010). É sede de Regional de Saúde, cuja população corresponde a aproximadamente 600.000 habitantes. Sua densidade demográfica é de 828,61 habitantes/Km<sup>2</sup>, de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2016), com área territorial de 486,433 Km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,808, segundo classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

A área de atenção à saúde na rede municipal de saúde é composta 32 unidades básicas de saúde, um Ambulatório de DST e HIV/AIDS, um setor de imunização (Sala de Vacinação) sendo referência para imunobiológicos especiais, um Complexo de Saúde Mental, contendo três unidades distintas, sendo elas: Centro de Apoio Psicossocial II, Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Droga (CAPS II, CAPS AD) e Residência Terapêutica; Policlínicas com consultas e exames especializados - funcionam também o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a Clínica Odontológica para atendimento aos pacientes, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), o Hospital Municipal, o Laboratório e Farmácia Central e a Farmácia de Manipulação,

A ESF foi implantada no ano de 2000 e em 2016 apresenta 85% de cobertura da população. Atualmente a ESF conta com 76 equipes, sendo: 45 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 31 equipes de Saúde Bucal (ESB). O NASF foi implantado no município em 2008, inicialmente com sete equipes e, em 2014, contava com nove equipes, apresentando 100% de cobertura no município.

### 2.3. PARTICIPANTES

Para a participação na pesquisa o critério de inclusão foi: ser profissional da equipe NASF cadastrado no SCNES do município pesquisado e se autoindicar como profissional engajado com a temática em tela.

O número de profissionais do NASF no município é cinquenta e sete. O vínculo institucional de cada profissional se faz mediante o Sistema de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde (SCNES), de forma a incluí-lo em uma das UBS onde executam suas atividades. O recrutamento é realizado pela Prefeitura Municipal, por meio de concurso público, por categoria profissional. A forma de contratação é de emprego público e a seleção é por prova escrita e prova de título. O regime de trabalho dos concursados é consolidação das leis do trabalho (CLT) / estatutário. A carga horária de trabalho é de quarenta, trinta ou vinte horas semanais, de acordo com as resoluções dos conselhos de classe correspondentes.

Os profissionais do NASF estão distribuídos em nove equipes no município, com cobertura de 100% das equipes da ESF implantadas. A composição das equipes NASF permeiam oito categorias previstas por resolução federal: Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Fonoaudiologia, Nutricionista, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional.

A gestão imediata do pessoal do NASF é realizada pelos diretores das UBS a que estão vinculados, assumindo o controle de horários, cronograma de ações, reuniões de profissionais de saúde, grupos de educação em saúde, atividades de planejamento, discussões de caso, articulação intersetorial e matriciamento.

A gestão mediata está sob responsabilidade da Gerência da Estratégia Saúde da Família, a qual cabe a contratação, lotação, transferências e definição do território de atuação de cada NASF, de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados. Esta Gerência favorece o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (equipe NASF, equipe SF e equipes de atenção básica para populações específicas), como também discute a adequação do espaço físico das UBS e recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF.

Atendendo aos critérios de inclusão, foram participantes da pesquisa vinte e quatro profissionais de saúde integrantes dos nove Núcleos de Apoio Saúde da Família atuantes na rede da atenção básica do município pesquisado.

## 2.4. COLETA DE DADOS

### 2.4.1. Período de coleta de dados

A coleta de dados se realizou entre o período de junho e julho de 2016.

### 2.4.2. Procedimentos para coleta de dados

Primeiramente houve contato prévio com a equipe do NASF para agendar um encontro com toda a equipe, a fim de convidá-la a participar da pesquisa. Após essa primeira aproximação com todas as equipes NASF, aconteceram os retornos dos profissionais agendando o dia, o local e o horário dos encontros.

A autonomia de agendamentos de locais e horários pelas equipes tinha o objetivo de agrupar o maior número de membros e, principalmente, não comprometer o desenvolvimento de suas atividades programadas. Todos os encontros aconteceram em uma das Unidades Básicas de Saúde em que as equipes NASF desempenhavam suas atividades.

No primeiro encontro houve o convite para participação da pesquisa e foi esclarecido sobre o método de coleta de dados, quanto à participação livre e individual e o objetivo da pesquisa. Algumas entrevistas foram realizadas neste mesmo dia. Houve novos agendamentos para entrevistas e retornos às unidades para executá-las.

### 2.4.3 Instrumentos para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista individual, utilizando um roteiro semiestruturado (Apêndice A), elaborado pela autora e composto por questões relacionadas à compreensão das práticas de EPS desempenhada pelo NASF no contexto das doenças crônicas.

As questões norteadoras proporcionaram ao pesquisador a liberdade de direcionar, de modo informal, cada situação encontrada a fim de explorar mais as questões, potencializando a pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi adequado por juízes (MANZINI, 2003) e, posteriormente, por entrevistas piloto, a fim de garantir rigor metodológico. A adequação do roteiro buscou não somente qualificar o método, mas pensar em procedimentos que garantiriam indicadores confiáveis e, principalmente, alcançariam o objetivo da pesquisa (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O período para a adequação foi de maio de 2016 à abril de 2016, com a participação de sete juízes que tinham titulação de doutor e experiência em entrevistas individuais e em atenção básica de saúde; desses, quatro juízes ainda tinham experiência com EPS.

Para esse comitê de juízes foi enviado, por meio e-mail, um instrumento para a adequação do roteiro de entrevistas, contendo: o objetivo do estudo, a descrição e relevância dos conceitos, a explicação da forma de adequação e a instrução de preenchimento.

O instrumento de adequação dos juízes (Anexo A) se dividiu em duas partes: identificação do avaliador, contendo: sua titulação, experiência e conhecimentos; e as instruções, contendo: objetivo da pesquisa e os esclarecimentos da adequação; os quadros para análise da forma, sequência e abrangência das questões (Anexo A - quadro 1, 2 e 3); análise da ação verbal das questões (Anexo A - quadro 4).

Para a avaliação das questões, o instrumento contava com opções de respostas: insatisfatório, parcialmente satisfatório, satisfatório e altamente satisfatório, seguido de espaço para sugestões para os itens 'insatisfatório' e 'parcialmente satisfatório'. O espaço em branco oferecido nos quadros era para que os juízes pudessem redigir sugestões e comentários para melhor direcionamento das questões.

Após o retorno do parecer dos juízes, foi realizada análise das avaliações dos juízes. Para isso, recorreu-se à porcentagem de concordância (% concordância), sendo esse um método empregado para calcular a porcentagem de concordância entre os juízes. É dita como a medida mais simples de concordância interobservadores (HULLEY; CUMMINGS; BROWNER et al., 2003), cuja fórmula utilizada está descrita a seguir (TILDEN; NELSON; MAY, 1990; TOPF, 1986):

|  |
|--|
| $\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$ |
|--|

Considerou-se como uma taxa aceitável de concordância o mínimo de 90% entre os membros do comitê (POLIT; BECK 2006; TOPF, 1986). Para isso, considerou-se 'concordância' as respostas: parcialmente satisfatório, satisfatório e altamente satisfatório. Por esse parâmetro, duas questões foram excluídas porque não atenderam ao percentual de concordância.

Para além dessa avaliação, estabeleceu-se o consenso e adequação do instrumento, efetuando as alterações sugeridas e a reestruturação de três perguntas.

Posteriormente à adequação, foi realizado um teste piloto para verificar a sua aplicabilidade real e o alcance dos seus objetivos. Para esse teste, foram selecionados três profissionais que integraram o NASF no período de 2010 a 2012 no mesmo município da pesquisa, mas não tinham mais esse vínculo em virtude de exoneração que solicitaram para assumir outro cargo público.

Após contato telefônico, foram agendadas as entrevistas para o teste piloto no local de trabalho dos participantes e sua realização permitiu modificações relevantes no instrumento, a fim de deixá-lo mais ágil e de fácil compreensão. Foi considerada necessária a exclusão de uma parte de uma das questões porque repetiam comandos da questão anterior e, também, a reorganização do sequenciamento das questões.

Depois desses procedimentos de adequação e teste piloto, o roteiro de entrevistas finalizado foi utilizado nas entrevistas realizadas. Por opção dos participantes, estas aconteceram no próprio local de trabalho dos participantes, no período de junho e julho de 2016, com agendamento prévio e respeitando os preceitos de sigilo e confidencialidade, além dos demais aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

## 2.5. ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo modalidade temática sugerida por Bardin (2011), definida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações que permite analisar os significados (análise temática) ou significantes (análise lexical). Dessa forma, seguiram as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na etapa de pré-análise foram identificados todos os participantes de modo facilitar a transcrição realizada na íntegra de todas as falas. Após a transcrição, realizaram-se as leituras dos textos produzidos, identificando falas não condizentes com a temática ou interrupções externas, sendo estas excluídas. Após uma nova leitura, foram definidos recortes dos textos como: frases, afirmações, expressões, histórias que se repetiam ou mantinham mesmo sentido ou davam vazão à temática e hipótese da autora, constituindo assim indicadores ou temas.

Nesta segunda etapa de exploração do material, foram seguidos os seguintes critérios para seleção dos documentos: exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência (BARDIN, 2011). Após exaustiva leitura dos documentos a seleção das categorias, se configurou de acordo com o tema proposto no contexto da pesquisa, onde as semelhanças, identificadas por palavras ou unidades de registro as caracterizam. Assim, foram classificadas e categorizadas as frases que nortearam o tratamento dos resultados, as inferências e interpretações (BARDIN, 2011).

Para a eleição dos termos chaves que compuseram as categorias dos estudos foi utilizado o *software* IRAMuTeQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Desenvolvido na França por Pierre Ratinaud, em 2009, sob a lógica do *open source*, licenciado por GNU GPL (v2). O software é de acesso público, gratuito, e passou a ser utilizado no Brasil a partir de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Este programa apresenta sua base no *software* R e na linguagem de *python* ([www.python.org](http://www.python.org)) permitindo assim diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras (MOURA et al., 2014; SOUSA et al., 2015).

Para sua utilização na presente pesquisa, foram organizados os textos gerados pela transcrição dos áudios das entrevistas, reunidos em um único arquivo de texto, chamado de *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013). Esse conjunto de textos foi analisado e fragmentado, pelo *software*, em segmentos de texto. Cumpre esclarecer que, durante a preparação do *corpus*, houve leituras, correções e decodificações das variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2013). Assim, as transcrições foram primeiramente organizadas em três questionamentos que atendiam aos objetivos do estudo: práticas de EPS na atuação do NASF; fragilidades da EPS na atuação do NASF; e potencialidades da EPS na atuação do NASF, compondo os três *corpus*, cada qual com as vinte e quatro respostas dos entrevistados, totalizando setenta e duas respostas.

Para organização dos dados pelo IRAMuTeQ, optou-se pelo método nuvem de palavras, que agrupou as palavras e as organizou graficamente em função da sua frequência, apresentando assim, uma distribuição do vocabulário de forma mais compreensível e visualmente clara, norteando, posteriormente, a geração de categorias e análise de conteúdo (CARVALHO et al., 2014).

Na terceira fase da análise realizou-se o tratamento dos resultados pela inferência e a interpretação. Nessa fase, foi realizada a condensação e o destaque das informações para análise, onde houve análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

## 2.6. ASPECTOS ÉTICOS

No intuito de garantir fidedignidade na coleta dos dados, as entrevistas foram coletadas após o conhecimento e consentimento dos participantes, que foram esclarecidos sobre a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), assegurando sua livre participação, confidencialidade e sigilo das suas informações. As entrevistas realizadas foram gravadas e o arquivo de áudio deletado após a transcrição.

Para manter a privacidade dos participantes, ao realizar a transcrição, seus nomes foram substituídos por organização alfa numérica, utilizando a sequência

alfabética das nove unidade básicas de saúde em que o NASF estava cadastrado no CNES (A, B, C, D, E, F, G, H e I) e sequencia numeral na ordem de realização das vinte e quatro entrevistas .

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos definidos pela resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi autorizado pela Comissão Intergestores Bipartite da 15ª Regional de Saúde de Maringá e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, com parecer favorável a sua realização (Parecer nº 897.950, CAAE 38820914.4.0000.0104 – Anexo C).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa cinco nutricionistas, quatro educadores físicos, quatro fisioterapeutas, quatro psicólogos, três fonoaudiólogos, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico e um assistente social, totalizando vinte e quatro participantes que representam 42% dos profissionais integrantes das equipes NASF do município. Em relação à representatividade, das nove equipes NASF integrantes no estudo, três concentraram a maior parte de entrevistados, superior a quatro cada uma delas. Quanto ao sexo, prevaleceu o feminino entre os entrevistados (19). O tempo de atuação no NASF era em média quatro anos, portanto, a maior parte dos seis anos de implantação no município, sendo que sete profissionais são pioneiros e, portanto, permanecem desde o início. Esse histórico de vínculo faz considerar que a maioria tem acompanhado a evolução do NASF no local de estudo.

Destacamos o interesse, a atenção e a disponibilidade dispensados às entrevistas, corroborando tratar-se de temática relevante para o cenário em tela.

##### 3.1.1. Significantes da Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio Saúde da Família: a análise lexical por meio da nuvem de palavras

Para melhor compreensão da Educação Permanente em Saúde nas práticas das equipes NASF foi organizado, a partir das entrevistas transcritas na íntegra e organizadas em textos que compuseram o *corpus* textual, o arranjo dos discursos. Posteriormente, seguiu-se para a geração das palavras-chaves mais frequentes, organizadas na forma de nuvem de palavras (Figura 1) pelo *software* IRAMuTeQ®.



A palavra “ACS” apresentou frequência (31 vezes) e indica a parceria dos profissionais do NASF com os agentes comunitários de saúde, permitindo maior dinamismo no processo de trabalho, além de apontar atividades educativas direcionadas a essa categoria no dia a dia:

Geralmente, quando vimos uma condição crônica, nós falamos com os ACS [...] (I12).

Tem um cronograma de capacitação com as equipes. Nós sentamos com as equipes, levantamos a maior dificuldade conduzimos a capacitação integrando enfermeiro, médico e ACS. Principalmente com ACS, sempre capacitamos por entender que são a porta de entrada (F23).

Em relação ao matriciamento o contexto da palavra “dar”, com frequência vinte e sete vezes nas entrevistas, foi empregada com o sentido de apresentar um exemplo, ofertar uma ação, dedicar-se em uma atividade, atribuir função, fazer algo; refere-se, portanto, a realização de um gesto.

Realmente quando você precisa dar orientação ao paciente acamado, os ACS vão na casa. São nossos olhos no domicílio para conseguir fazer as coisas. Então, nós fazemos isso também, esse matriciamento técnico e pedagógico por meio das visitas (A16).

Os ACS vão na casa. Eu já fiz matriciamento para equipe, principalmente para os cuidadores, acabamos matriciando os ACS e enfermeiros a orientar os cuidadores no manejo do paciente, no manejo do acamado, trabalhamos muito com as atividades, com as visitas domiciliares, que são para os acamados (I13).

Essas principais palavras analisadas e contextualizadas no sentido dos discursos, por meio da análise lexical, evidenciaram a Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do NASF e permitiram a construção das categorias temáticas apresentadas a seguir.

### 3.1.2. Significados da Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio a Saúde da Família: as categorias temáticas

De forma complementar, o conteúdo manifesto e latente das entrevistas foi categorizado, nos permitindo interpretar que as práticas educativas no contexto do NASF nas condições crônicas de fato se enveredam pelas premissas da educação permanente em saúde, dadas suas características que coadunam com essa política.

Dito isso, é preciso esclarecer que apreendemos que tais práticas educativas estão alicerçadas no trabalho real da ESF e fogem da hegemônica forma e conteúdo educativo predeterminados, tradicionalmente marcado na história da educação na saúde (BONFIM et al., 2012).

Para melhor elucidar esses achados, seguem as categorias e subcategorias elencadas pelo presente:

**Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas**

|   |
|---|
| <p>Categoria 1: A Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família acontece tanto em temáticas de prevenção quanto de acompanhamento dos casos existentes</p>   |
| <p>Categoria 2: A Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família se efetiva por meio de ações indiretas no cotidiano do trabalho da Estratégia Saúde da Família</p> <p>Subcategoria 2.1: Por meio de inserção dos trabalhadores da ESF em atividades grupais com a coletividade;</p> <p>Subcategoria 2.2: Por meio de visitas domiciliares;</p> <p>Subcategoria 2.3: Por meio de demandas pontuais;</p> |
| <p>Categoria 3: A Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família se efetiva por meio de ações programadas do trabalho da Estratégia Saúde da Família; casos;</p> <p>Subcategoria 3.1: Por meio do matriciamento;</p> <p>Subcategoria 3.2: Por meio de reuniões de trabalho com discussão de casos;</p> <p>Subcategoria 3.4: Por meio de capacitações e reordenação do processo de trabalho.</p>         |
| <p>Categoria 4: As potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas residem no fato do Núcleo de Apoio à Saúde da Família estar inserido efetivamente no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família</p>  |

Subcategoria 4.1: A presença efetiva nas visitas domiciliares são potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas;

Subcategoria 4.2: A condução de atividades grupais de promoção da saúde, prevenção da doença e a inserção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nessas atividades são potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas

**Categoria 5: As fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas residem em aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel**

Subcategoria 5.1: A alteração das atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com apelo ao atendimento individual da demanda da população é uma fragilidade para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas;

Subcategoria 5.2: A sobrecarga de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma fragilidade para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas

Subcategoria 5.3: A falta de recursos físicos e materiais são fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas;

Subcategoria 5.4: A incompreensão do papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pela Educação Permanente em Saúde é uma fragilidade para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas;

Subcategoria 5.5: A resistência da equipe da Estratégia Saúde da Família para alterar o processo de trabalho e a dificuldade de relacionamento interpessoal são fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas

Tais categorias passarão a ser apresentadas e discutidas:

- 1) A Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família acontece tanto em temáticas de prevenção quanto de acompanhamento dos casos existentes.

Apreendemos que a EPS nas condições crônicas está presente na prática do NASF de forma oportuna, pois incorpora temáticas que supostamente

remodelam as práticas abrangentes da atenção básica, a saber promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2014).

Isso pôde ser evidenciado pelas falas que revelaram ações educativas no entorno das práticas de prevenção de doenças e acompanhamento de casos existentes de condições crônicas no território de alcance da ESF:

Nosso intuito maior quando discutimos com a equipe o trabalho que precisa ser feito é proporcionar a melhor qualidade de vida, sobretudo na condição crônica (F17).

Muitas vezes as pessoas estão adoecidas e não sabem, o nosso objetivo é atuar na fase anterior a doença [...] A prevenção é o foco do NASF [...] (F23).

Trabalhamos basicamente com prevenção e promoção. Dentro disso, oferecemos o atendimento das equipes por meio do acompanhamento diário (F24).

É fato conhecido que a tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas, pode influenciar no aumento das condições crônicas em ritmo acelerado, com modificações significativas nos sistema de saúde (MENDES, 2011). Para isso, as ações de prevenção são relevantes e oportunas.

Afirma-se que ações preventivas de promoção, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, são fundamentais na melhoria da resposta ao tratamento daqueles com condições crônicas ao longo da vida (VERAS, 2012).

É acordada a importância no fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde das condições crônicas, o reforço da atenção básica de saúde e sua articulação com os demais níveis de atenção e às redes de serviços, mantendo vínculo e a responsabilização pelos usuários (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Da mesma forma, o tratamento e acompanhamento das condições crônicas possuem importância. Essas, no entanto, demandam novas formas de atenção em saúde, pois diferem daquelas dispensadas nos problemas agudos e mesmo nas habituais agudizações das situações crônicas, exigem novas perspectivas de cuidado (MENDES, 2011).

Para esse contexto, a introdução das equipes da ESF no sistema de saúde e a inserção das equipes NASF trazem impacto positivo, sobretudo pelo trabalho da equipe multiprofissional nas experiências preventivas e de acompanhamento de condições crônicas (MENDES, 2011).

As mudanças oportunas na atenção às condições crônicas incluem a adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos das condições crônicas que possibilita mudança efetiva dentro do sistema de saúde (MENDES, 2011). Exige-se reflexão nas ações, mudanças de paradigmas e concepções do atual modelo ainda focado na doença, pelas ações de prevenção e a garantia de atenção adequada à saúde para que possa, efetivamente, realizar o enfrentamento das condições crônicas (TADDEO et al., 2012).

Para tanto, é inegável o papel da Educação Permanente em Saúde que permite incorporar na prática profissional essas novas possibilidades de atenção à saúde. A inversão do modelo assistencial do cuidado para aquele promotor, preventivo e de acompanhamento, implica em EPS como dispositivo de transformação, por meio da troca de informações entre a equipe referente aos nós críticos que advém desse cotidiano, no sentido de qualificar a prática (VENDRUSCULO et al., 2015).

Essa realidade foi encontrada no presente estudo, ao interpretar que as práticas educativas do NASF junto à ESF envolvem ações de promoção da saúde e de acompanhamento de casos já existentes de condição crônica, por meio do contexto real do trabalho, articulando prática com aprendizado, tal qual orienta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009b).

- 2) A Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família se efetiva por meio de ações indiretas no cotidiano do trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Ao buscar apreender por quais meios acontecem às práticas de EPS pelo NASF, interpretamos que são distintas, mas todas guardam uma mesma identidade: acontecem permeadas pela prática e na prática, por meio da ação-reflexão-ação (FREIRE, 2000), tornando trabalho e aprendizado indissociáveis.

Os meios pelo qual a EPS se concretiza foram categorizados conforme segue.

### **2.1. Por meio de inserção dos trabalhadores da ESF em atividades grupais com a coletividade.**

Os profissionais entrevistados ressaltaram a importância do trabalho em equipe e o fortalecimento da comunicação, concretizado nas atividades grupais com a coletividade, como ações efetivas de EPS.

Os grupos nossos (de educação em saúde ou acompanhamento), todos praticamente, são voltados para doenças crônicas. Então trabalhamos muito com a equipe ao programar e efetivar as ações com os grupos (F17).

Quando fazemos uma atividade em educação com a população e a equipe está junto, isso também é uma atividade em educação para própria equipe (C20).

Sempre, com as equipes, estamos discutindo os casos nos grupos de orientação (G9).

A equipe está presente nas atividades de grupo. Os profissionais, escutam diferentes informações vão se capacitando e também disseminando (E1).

As atividades grupais com a coletividade fortalecem, em longo prazo, o desenvolvimento de ações principais como: suporte às decisões para os profissionais de saúde; o empoderamento de grupos comunitários; a melhoria das equipes de saúde no manejo das condições crônicas; e a educação permanente dos profissionais de saúde (MENDES, 2011).

Por essa razão, a inserção dos profissionais de saúde nas atividades grupais com a população, trilhando uma aproximação e responsabilização profissional/ usuário, é um meio de se oportunizar a EPS, tornando o próprio trabalho condição essencial para o aprendizado (RIBEIRO, 2014; MARIN; MARCHIOLI; CORRENTE, 2015), tal qual encontramos no presente contexto.

### **2.2. Por meio de visitas domiciliares**

Uma importante ferramenta que diferencia a ESF dos modelos de atenção ou de gestão em saúde no Brasil, é a Visita Domiciliar, realizada prioritariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que vão até a residência dos moradores de sua área de abrangência para finalidades distintas.

No presente estudo, a visita domiciliar foi apontada como uma prática bem sucedida de educação, tanto na assistência domiciliar como na EPS, promovendo compartilhamento dos saberes e ampliando a resolução de problemas.

A presença do profissional do NASF foi vista como importante para o cuidado dispensado na visita e também como cenário de aprendizado para a equipe:

Nós fazemos a visita! (I14)

A visita domiciliar é muito solicitada pela equipe. As ACS pedem a nossa visita. Então, realizar a visita implica em momento de educar, tanto a família visitada, como também a equipe que participa, já que discute, questiona e contribui com a rotina do trabalho (I14).

A EPS se faz presente antes mesmo da visita domiciliar propriamente dita, por meio do planejamento dessa visita, na discussão do caso e orientação das equipes :

[...] sempre tem discussão de caso, o tempo todo, para marcar as visitas domiciliares (G9).

Assim, a visita domiciliar se materializa na forma das práticas de saúde, considerada relevante para viabilizar e organizar o desenvolvimento do trabalho entre as equipes. Por permitir auxiliar a ampliar a compreensão do caso, bem como as possibilidades de ação e resolução do mesmo (BARROS et al., 2015), é entendida pela equipe NASF como um meio de EPS.

De fato a visita domiciliar, enquanto tecnologia, proporciona o encontro das pessoas e permite incorporar três aspectos: a observação, o diálogo e o relato oral. Esses espaços de intersubjetividade proporcionam falas, escutas e interpretações e, por essa razão, são momentos de cumplicidade tanto família-equipe quanto entre os membros da equipe, possibilitando responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados (ROMANHOLI, 2010). Tal realidade implica em cenário de aprendizagem para a equipe de saúde.

### 2.3. Por meio de demandas pontuais

A rotina complexa da AB traz consigo um ritmo frenético e lócus para atividades não sistematizadas. Dentre essas, a abordagem dos profissionais sem programação prévia mas cercada de caráter pontual de demanda educativa foi identificada pelas entrevistas como uma oportunidade de EPS.

Uma conversa não planejada no cotidiano é uma demanda da equipe. Vamos conversar disso. Várias vezes sou convidado para conversar, até de um mesmo assunto (B4).

Alguns desdobramentos assim são mais pontuais, acho que é falha da gente não ter isso mais sistematizado (I19).

Tem ACS que traz o caso e pede orientações de como proceder. Essa é uma educação informal que acontece com frequência (I12).

No contexto atual do modelo de atenção, os profissionais de saúde experienciam a interação educação e trabalho para desenvolver o conhecimento, explicitá-lo e legitimá-lo nos espaços relacionais. Tal experiência gera oportunidade de aprendizagem, conscientização e aprimoramento do agir profissional (DAUSSY, 2014).

Aproveitando essas oportunidades do cotidiano para a realização da EPS, os profissionais induzem mudanças mesmo na informalidade e em momentos inesperados, principalmente porque nas demandas pontuais exercem o ato de ensinar:

Então, naquele momento de sala de espera, você viu que tem 5 ou 6 ACS lá, choveu ou teve uns minutinhos nos intervalos, nós falamos, gente vamos prestar atenção um minutinho, eu queria falar para vocês[...] (C15).

Considera-se, portanto, que a EPS não se caracteriza por apresentar algo novo, pois essa vivência que apreendemos é relativamente comum na atenção básica. Assim, as demandas pontuais trazidas pela equipe da ESF permitem concretizar a EPS justamente porque ao integrar saberes e possibilitar trocas,

fazem lembrar o que está guardado na memória, reavaliar e modificar as ações a partir dessa análise (VENDRUSCULO et al., 2015).

- 3) A Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família se efetiva por meio de ações programadas do trabalho da Estratégia Saúde da Família

O trabalho em equipe da ESF demanda os preceitos da integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a subjetividade das pessoas (MARTINS, 2013). Haja vista as diversas formas de efetivar as ações em saúde pelas equipes da ESF, para o NASF essa variabilidade de tarefas norteia as ações de EPS justamente diante de seu caráter abrangente.

Demandas como o matriciamento, a discussão de casos e as capacitações para reordenar o trabalho das equipes são ações programadas, habituais na ESF e que se apresentam ao NASF como possibilidades de EPS, dado seu caráter de formação e transformação da realidade.

### **3.1. Por meio do matriciamento**

O matriciamento realizado pelo NASF foi considerado um potencializador das ações da ESF, aumentando a resolutividade da AB e servindo como cenário de EPS. De acordo com as verbalizações dos profissionais identificamos que a presença da equipe NASF, enquanto apoio matricial (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015), permite a EPS. Tal achado pode ser observado nesses excertos:

Fazemos muita educação da equipe por meio do matriciamento, para que os profissionais possam reproduzir assuntos inerentes a cada profissão (G5).

Trabalhamos com matriciamento, capacitando. Orientamos e queremos que as pessoas da equipe tenham essa autonomia (E6).

A reunião acabou e foi sentar para organizar o processo de trabalho. Isso eu entendo como matriciamento, também. Na equipe eu faço muito matriciamento (G9).

Os ACS questionam bastante sobre o que é que nós podemos fazer para ajudar. Essa troca de informações ali, muitas vezes acabamos

nem contando isso como matriciamento em si, é uma educação, mas nós não titulamos. Não está sistematizado (I13).

Nossas ações ficam em torno de grupos, matriciamentos, quando surgem as demandas atuamos no APSUS, realizamos nas unidades várias coisas inclusive a estratificação de saúde mental (I12).

Fazemos o matriciamento de equipes (A16).

O matriciamento implica, necessariamente, na democratização do conhecimento, discussão, reflexão e, por fim, pactuação de responsabilidades para continuidade das ações (BARROS et al., 2015). Está aí colocada a EPS.

Para ampliar as relações entre as equipes e resoluções de problemas sem a fragmentação usual do cuidado, o apoio matricial se configura como uma ferramenta tecnológica de suporte técnico e pedagógico entre as equipes NASF, sobretudo diante da necessária corresponsabilização do território na busca de resolutividade no cuidado (SILVA et al., 2012).

O trabalho entre as equipes de ESF e NASF, por meio do matriciamento, prevê um constante diálogo que propiciará um novo construto a partir da incorporação do conjunto de saberes, habilidades e atitudes de cada profissional. Os profissionais das equipes foram experimentando e aprendendo suas funções na prática profissional, por meio de construção coletiva (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015), tal qual apreendemos na corrente pesquisa.

No processo de formação proporcionado pelo governo do estado do Paraná, o APSUS evidenciou uma forma dinâmica e otimizada para realização da EPS por meio do matriciamento (PARANÁ, 2015), confirmando ser esse uma forma de EPS.

As oficinas do APSUS incitaram o matriciamento para que fossem implantados, em toda rede da atenção básica, protocolos estratégicos para saúde mental, pré-natal, hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, tuberculose, hanseníase, dengue e saúde do idoso (PARANÁ, 2015), articulando saberes e transformação da atenção à saúde.

### **3.2. Por meio de reuniões de trabalho com discussão de casos**

Os profissionais ressaltaram a potencialidade das reuniões para discussão dos casos e o planejamento das ações, instaurando momentos de EPS.

Procuramos fazer dentro das reuniões de equipe as discussões de casos [...] (I13).

Fazemos sempre a questão da orientação, da discussão de caso e no repasse de informações que são requisitados pela equipe, mas também informações que entendemos que essas equipes precisam incorporar nos seu cotidiano de trabalho [...] (G9).

[...] reunimos a equipe para ver o que precisamos fazer (I13).

No mínimo fazemos uma reunião por mês em cada equipe. Nossas reuniões (do NASF) também acontecem uma vez por semana, para trocar ideias (F24).

A partir da discussão do caso ou de atendimentos compartilhados, há a troca de experiências e de conhecimento teórico-práticos entre toda a equipe, dentro dos seus conhecimentos específicos. (BARROS et al., 2015).

As discussões de casos entre NASF e ESF assumem a responsabilidade de não transferir ou encaminhar os problemas, mas sim compartilhar a oferta do cuidado longitudinal (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015), servindo-se de meio oportuno para o aprender no processo de trabalho (BRASIL, 2009b).

### **3.3. Por meio de capacitações e reordenação do processo de trabalho**

Os processos de EPS têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e apreendemos que isso também ocorre por meio de capacitações pontuais que reordenam as práticas de atenção:

Tentamos fazer e ensinar (D2).

Eu sempre digo para as equipes que precisamos nos reinventar sempre (B4).

Geralmente, a gente tinha um cronograma de dar capacitação, pelo menos uma vez por mês nas reuniões de equipe. Cada um da equipe do NASF se programava para conduzir a capacitação, era uma coisa programada, de um tema solicitado (F23).

Aprendemos muito entre nós também do NASF, então a medida que vamos atuando [...] você vai incorporando conhecimento. Então, acho que isso é positivo. Nós sempre tentamos dividir o conhecimento [...] (E18).

Nós estamos sempre ali grudados nas nossas equipes. Se não capacitarmos à equipe, se essa equipe não tiver o mesmo olhar que nós, o conhecimento fica só pra gente (I19).

Em tempo, a realização de capacitação sistematizada ou não, pode ocorrer com toda a equipe e permite trabalhar a necessidade de cada categoria profissional. Para além de colaborar com o desempenho profissional e respectivo cuidado, esses encontros destinados às capacitações profissionais são espaços importantes para trocas de experiências e resgate de equipe (VENDRUSCULO et al., 2015).

Não se pode desconsiderar o papel importante das capacitações para o desenvolvimento de habilidades profissionais pontuais. A própria política de EPS não se furta a esse papel (BRASIL, 2008).

Essas capacitações, quando contextualizadas, balizadas pelas demandas reais e permeadas pelo diálogo entre os pares, são pertinentes e concretizam o ideário da EPS. A esse respeito afirma-se que por meio da *práxis* os sujeitos são capazes de agir de forma consciente sobre a realidade, pois a ação-reflexão contribui para tal revelação, mediada pelo diálogo e pelas relações construídas no interior das estruturas histórico-sociais (VENDRUSCULO et al., 2015).

Essa troca de conhecimentos que sustenta e fundamenta as ações no NASF é dialógica por considerar que ninguém é detentor de todo o saber necessário (SILVA et al., 2012).

### **3.1.3. Significantes das potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde entorno das condições crônicas: a análise lexical por meio da nuvem de palavras**

Para compreender as potencialidades da Educação Permanente em Saúde nas práticas das equipes NASF foi organizado, a partir das entrevistas transcritas na íntegra e organizadas em textos que compuseram o *corpus* textual, o arranjo

dos discursos. Posteriormente, seguiu-se para a geração das palavras-chaves mais frequentes, organizadas na forma de nuvem de palavras (Figura 2) pelo *software* IRAMUTEQ.

**Figura 2** – Nuvem de palavras: as potencialidades para o NASF desenvolver a Educação Permanente em Saúde entorno das condições crônicas



Fonte: A autora (2016), organizado com base no *software* IRAMuTeQ®

Nessa análise apresentada pela nuvem de palavras podemos verificar as palavras mais verbalizadas pelos profissionais, vislumbrando as potencialidades das ações de EPS. As palavras “estar”, “achar” e “conseguir” expressam a necessidade de atuar, de alcançar algo, de ter potencial para a ação:

Na visita domiciliar, as ACS estão solicitando nossa visita, consigo ir naquele paciente acho que é necessário dar uma orientação interessante, que vai contribuir na rotina deles (I14).

*Potencialidades eu acho que é a necessidade, quando conseguimos oferecer uma ação pontual (B4).*

*Nós conseguimos fazer educação permanente com as equipes também (B4).*

Essas principais palavras analisadas e contextualizadas no sentido dos discursos, por meio da análise lexical, evidenciaram o potencial da Educação Permanente em Saúde nas condições crônicas na prática do NASF e permitiram a construção das categorias temáticas apresentadas a seguir.

- 4) As potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas residem no fato do Núcleo de Apoio à Saúde da Família estar inserido efetivamente no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família

A presença efetiva do NASF no trabalho da ESF apareceu como potencialidade para que se estabeleçam práticas de EPS.

Em destaque, o trabalho partilhado dos diferentes profissionais com seus saberes e modos de atuação evidencia a pluralidade de ações. Foi nesse contexto que a EPS surgiu como ferramenta fundamental para a reflexão sobre a prática cotidiana e as respectivas transformações, em diferentes contextos de ações cotidianas.

#### **4.1. A presença efetiva nas visitas domiciliares são potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

Destacamos nessa categoria o entendimento dos profissionais do NASF em relação à valorização da sua presença e a interdisciplinaridade que acontece nas visitas domiciliares, clarificando a interação entre esses vários profissionais e seus diferentes saberes (SILVA et al., 2012) que são mecanismos para que a EPS aconteça:

As visitas conseguimos que sejam também multidisciplinar, os ACS assistem junto observam todas as orientação que é feito para família e acabam também aprendendo [...] (E21).

A prioridade é paciente acamado e em oxigênio terapia, com doença pulmonar crônica, dependendo de concentrador de oxigênio. Nós fazemos essas visitas que acabam sendo oportunidade de ensinar (A16).

Você acaba aprendendo. Quando você consegue estar junto com outro profissional fazendo a visita [...] Um enriquecimento para o próprio de conhecimento (E1).

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar que prioriza o diagnóstico e o acompanhamento do indivíduo ou família no seu contexto e, assim, prevê ações educativas. É um instrumento que permite conhecer a realidade de cada um e adaptar de uma forma singular as ações (ROMANHOLI, 2010).

Ao realizar as visitas domiciliares, há interação do NASF-família e NASF-equipe. Sobretudo, essa última subsidia o planejamento das intervenções e ações de prevenção e promoção da saúde (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013).

Para a equipe NASF, essa ação permite observar as práticas de saúde e instaurar a EPS nesse contexto, tanto pela mudança de comportamento em saúde da família, como também pelas trocas de experiências e saberes entre equipe da ESF e NASF.

#### **4.2. A condução de atividades grupais de promoção da saúde, prevenção da doença e a inserção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nessas atividades são potencialidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

O processo do trabalho em equipe é verbalizado enfaticamente nas entrevistas como um potencial para ações de educação em saúde. Algumas demandas de educação em saúde são direcionadas pela gestão municipal, sobretudo exigindo que sejam executadas por meio do trabalho em equipe. Ainda assim, são ações que permitem a EPS e preparam melhor os profissionais para as atividades grupais com a coletividade, conforme as falas:

NASF é acompanhamento de grupo. É a ajuda na gestão também (F24).

Quando a equipe topa e entra no processo de educação, nas discussões de educação em saúde, ela também potencializa para resolver melhor os problemas e precisar cada vez menos da gente também, do NASF, e fica mais resolutivo (C20).

O benefício é o constante aprendizado que temos. Eu aprendi muita coisa. Eu aprendi com o ACS, aprendi com o pessoal da equipe. Quando a gente trabalha com equipe multidisciplinar aí cai naquele conceito próprio do saber. E realmente, quem sabe aproveitar, quem tem o olhar pra isso e quer aprender, eu acho que tem muito benefício (E1).

Legal é a troca entre os profissionais do NASF (I19).

Um benefício é o contato com a diversidade (I12).

É evidente que nos processos de trabalhos inovadores recomenda-se que as ações dos NASF sejam desenvolvidas em parceria com as das ESF e os atendimentos realizados prioritariamente em grupo, enquanto processo de trabalho (LANCMAN et al., 2013).

O NASF tem o objetivo de ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de ESF para as ações de promoção de saúde, no sentido de fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade com vistas à superação de sua condição (ANJOS et al., 2013).

Para tanto, aprende e também ensina. Nos processos educativos com grupos ocorrem relações com a comunidade, possibilitando aos profissionais aprenderem com os usuários e não somente ensiná-los (VENDRUSCULO et al., 2015).

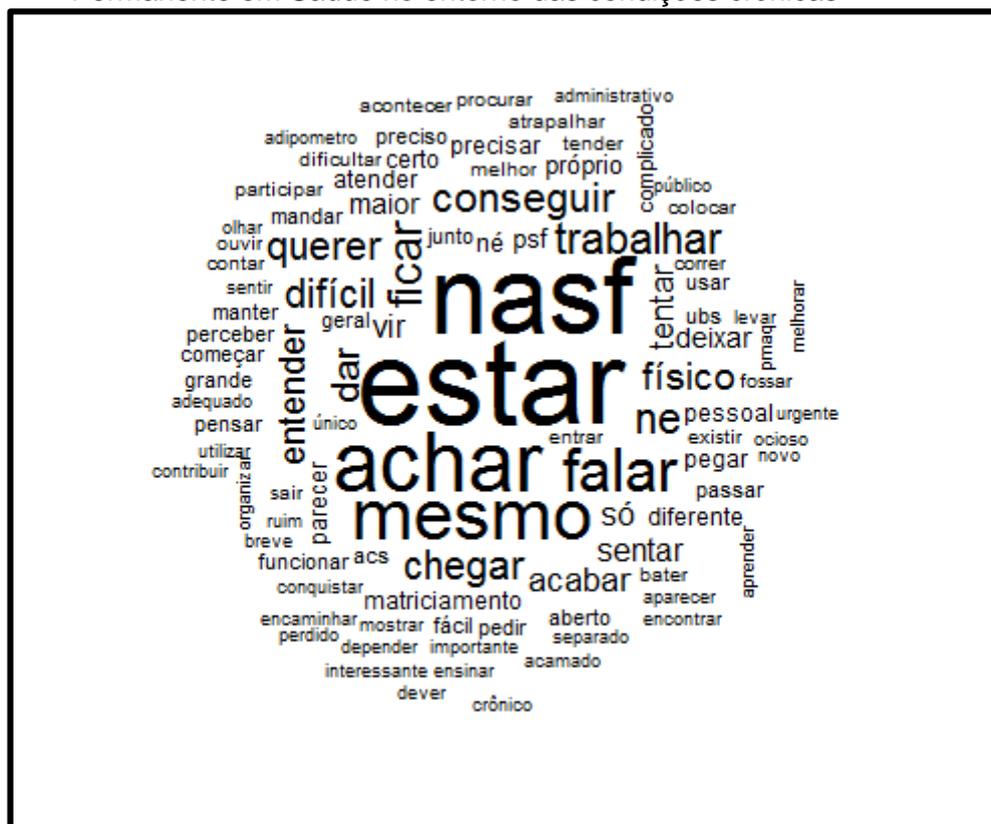
As práticas coletivas fazem despertar habilidades e competências na coletividade, estimulando a emancipação e o autocuidado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Para isso, transforma o empoderamento do profissional na qualidade da atenção prestada (TADDEO et al., 2012). A esse respeito, afirma-se que para enfrentar situações da vida real e tomar decisões apropriadas, o empoderamento do profissional é um forte componente de reflexão, a partir de situações práticas reais (DAUSSY, 2014), e por essa razão é um meio de EPS.

### 3.1.4. Significantes das fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas residem em aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel: a análise lexical por meio da nuvem de palavras

Para analisar as fragilidades da EPS nas práticas das equipes NASF foi organizado, a partir das entrevistas transcritas na íntegra e organizadas em textos que compuseram o *corpus* textual, o arranjo dos discursos. Posteriormente, seguiu-se para a geração das palavras-chaves mais frequentes, organizadas na forma de nuvem de palavras (Figura 3) pelo *software* IRAMuTeQ®.

**Figura 3** – Nuvem de palavras: as fragilidades para o NASF desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas



Fonte: A autora (2016), organizado com base no *software* IRAMuTeQ®.

No *corpus* da entrevista que se remete às fragilidades das práticas de educação em saúde percebemos a busca de construir a identidade de papel da

equipe NASF, observa-se que a todo o momento ter que “falar” do NASF, “estar”, “achar”. Isso vem ao encontro da busca e da percepção dos próprios profissionais do NASF e dos demais da AB no entendimento da sua função.

Há dificuldade das equipes se organizarem, mas elas também entendem que se o NASF vai, eles não precisam ir (I12).

Tem um pouco de resistência das equipes, em alguns lugares mais dificuldades que outros Essa questão da resistência melhorou porque com o tempo as equipes vão percebendo que o NASF veio pra ficar, mas no começo não sabiam o que era o NASF (E21).

Em uma visualização periféricas na nuvem de palavras (figura 3) se destacam palavras que contextualizam juntamente diretamente com as palavras centrais a distribuição das categorias a seguir:

- 5) As fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas residem em aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que aprender e ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais de saúde. Mas, diversas razões, inclusive na ordem de modelos de atenção, podem desvelar fragilidades para a EPS (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

O presente estudo revelou os aspectos organizacionais, físico-estruturais e de identidade de papel como aspectos que fragilizam a EPS, os quais passam a ser discutidos.

### **5.1. A alteração das atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com apelo ao atendimento individual da demanda da população é uma fragilidade para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

Participar efetivamente do trabalho da atenção básica foi uma potencialidade que já apresentamos. No entanto, quando essa participação é direcionada para o

atendimento individual da demanda do território, isso se coloca como uma fragilidade para que o NASF desenvolva seu papel técnico-pedagógico coerente com a EPS. Dentro dessa reorganização de processo de trabalho do NASF, nos chamou a atenção as seguintes falas:

Então a gente faz individual este atendimento, daí é o mais específico. Ou algum paciente que você vê que tem uma certa dificuldade, que não evolui nos grupos (C15).

Eu desenvolvo basicamente as ações de assistência, que é o atendimento individual direto ao usuário e ações coletivas, que envolvem tanto pacientes como profissionais da AB (G5).

Sentar com as equipes e ainda escutar que não querem grupo, que querem atendimento individual, é um obstáculo (B4).

A assistência individualizada, seja domiciliar ou em consultório, por meio da atuação isolada de cada profissional do NASF de acordo com o seu núcleo de saber disciplinar contradiz a proposta transformadora do processo de trabalho na AB por meio da cogestão, passando a reproduzir o modelo assistencialista focado na atuação individual e cura (MALTA; MEHRY, 2010).

Contudo, cumpre esclarecer que, conforme aponta à diretriz (BRASIL, 2012), o atendimento é viável quando relacionado às atividades coletivas desenvolvidas. Para esses casos, o atendimento individual comporta-se como atividade específica e pontual que colabora com outras iniciativas coletivas, não devendo ser assumida como a principal atividade do NASF.

Analisando outra vertente, o atendimento individual infere em assumir o papel dos outros níveis de atenção, mantendo agenda aberta e atendimentos destoando da proposta de construção do trabalho interdisciplinar, que repercute negativamente na qualidade do cuidado das ações da atenção básicas desenvolvido pela equipe NASF (SILVA et al., 2012).

## **5.2. A sobrecarga de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma fragilidade para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

O profissional que trabalha no NASF apresenta, em seu cotidiano de trabalho, algumas particularidades que podem conduzir à sobrecarga e, conseqüentemente, ao estresse.

A dimensão geográfica e populacional das áreas de abrangências designadas ao NASF e o aumento de demanda entorno das condições crônicas foram apontadas como causas da sobrecarga de trabalho dos profissionais afetados, conforme as frases que se seguem:

A reunião de equipe, não é toda vez que o NASF consegue participar. Porque são muitas equipes para estarmos rodando (C15).

[...] quando nós percebemos o NASF já está abraçando tudo, essa é fragilidade [...] (F17).

Eu enxergo ainda o NASF com uma área de abrangência bem grande. Talvez se pudesse ser um número menor de equipes, seria um trabalho mais resolutivo, eu imagino (G5).

São nove ESF para acompanhar em cinco unidades de saúde, é muita gente. Era melhor se fosse somente duas unidades com dez equipes, mas aí são culturas diferentes (I12).

A atual abrangência populacional para equipes NASF representa a sobrecarga igual sofrida pelas equipes de saúde da família que enfrentam grandes dificuldades diante das necessidades de saúde da população, da ineficiência das redes de atenção à saúde, das agendas lotadas e da cobrança da gestão por número de consultas (SILVA et al., 2012).

Dentro das condições crônicas as ações no NASF atuam a fim de contemplar à educação como dispositivo de ação e mudança de modelo. Com o aumento dessa demanda a rotina ganha novos volumes de atividades desarticulando processos já estabelecidos (MENDES, 2011).

Prioridades previamente estipuladas por documentos norteadores do NASF ou mesmo por cronogramas de equipes são conflitadas com as demandas da população por atendimentos específicos, sobrecarregando o trabalho para os profissionais devido à inexistência de outros suportes para responder a essas demandas (BARROS et al., 2015).

### **5.3. A falta de recursos físicos e materiais são fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

Os entrevistados mencionaram a infraestrutura como um dos aspectos que fragiliza o desenvolvimento do trabalho. Consideraram boa a infraestrutura quando as UBS conseguem se organizar para disponibilizar espaço físico para os profissionais do NASF dentro das unidades, principalmente salas para atendimentos, grupos e reuniões, e também recursos materiais, como acesso a computadores e materiais para práticas corporais/atividades físicas, que foram os mais enfatizados.

Essa dificuldade evidenciada se correlaciona com a redução de qualidade no atendimento (RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR; RUÍZ-RODRÍGUEZ; ACOSTA-RAMÍREZ, 2016).

Para se efetivar a implantação das equipes NASF não há nenhuma premissa ou referência à estrutura física ou material de trabalho. Portanto, não há requisito preestabelecido.

A gestão deve obedecer a critérios técnicos, densidade populacional, apresentar ESF vinculada às UBS e profissionais em categorias definidas, mas não há nenhuma menção ao local onde o NASF se vinculará e os materiais a serem utilizados (BRASIL, 2008). Essa ação cabe a gestão local no sentido de articular o incentivo financeiro que é disponibilizado.

O incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, conforme portarias, é para custeio das equipes de NASF. De acordo com os documentos oficiais, possibilita o uso para custos com os recursos humanos e custeio de outra natureza gerada pelo trabalho destes profissionais, exceto bens permanentes (BRASIL, 2008).

Apreendemos, portanto, que essa autonomia de gestão aliada à ausência de parâmetros mínimos de recursos que garantam o trabalho do NASF é sentida no intercurso das ações desempenhadas por esses profissionais, sobretudo no âmbito da EPS:

A estrutura realmente de UBS dificulta, maquinário, temos que ficar se estapeando para conseguir um computador para fazer as coisas (A16).

Uma fragilidade nós não termos o acesso à internet para fazer pesquisas (F8).

Nós não conseguimos utilizar o espaço sem desalojar alguém, isso é ruim (F8).

O espaço não é adequado também, ou a sala está abafada, ou falta cadeira, está todo mundo apertado (I12).

É uma fragilidade a falta de material, sempre o NASF não tem material, então isso pesa bastante porque vamos no improvisado. Às vezes tem coisas se tivesse mais material seria mais bacana (E18).

Reconhece-se, todavia, que a insatisfação e a incompreensão vivenciadas no processo de trabalho podem desencadear alterações emocionais que geram mudanças no estilo de vida dos trabalhadores, podendo interferir na capacidade de execução de tarefas cotidianas (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

#### **5.4. A incompreensão do papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pela Educação Permanente em Saúde é uma fragilidade para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

A busca constante pela identidade do NASF foi identificada nas entrevistas. De forma dialética, os profissionais do NASF assumem uma preocupação que a governabilidade da gestão municipal assume, na definição de papéis.

Tal preocupação reside no fato de que a falta de clara definição do papel do NASF o expõe ao risco de assumir o papel de outro nível de atenção. Nesse sentido, a falta de serviços da média complexidade e a presença do NASF enquanto equipe multiprofissional representa uma forte possibilidade de ser indicado para essa substituição com o objetivo de responder a uma demanda estagnada (SILVA et al., 2012). Contudo, tal definição funcional representa um papel equivocado diante das diretrizes e portarias que respaldam e orientam o trabalho do NASF (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO et al., 2014; BARROS et al., 2015; ANJOS et al., 2013; BRASIL, 2008, 2011, 2014)

Isso foi possível identificar pelas falas:

Em alguns momentos a gestão não tem um olhar tão aproximado das nossas profissões e não entende muito a questão do trabalho multiprofissional. Isso acaba sendo empecilho até para o desenvolvimento do nosso trabalho (G5).

Hoje eu estou incorporada no grupo da minha categoria, então foi feita uma readequação, uma reorganização das tarefas e aí eu passei atender com agenda aberta, duas unidades (G9).

E isso tem sido difícil, por quê? Porque a gestão tem outro olhar. Eu mesma me deparei com situação de organizar a educação permanente, para ACS, mas infelizmente não consegui levar adiante, porque as ACS não podiam ficar uma hora no início da manhã na unidade (G5).

Como não tem um critério muito certo do que o NASF faz, vem as cobranças, que o NASF não faz nada porque na verdade não está estabelecido, certinho, como deve funcionar, eu acho uma coisa bem complicada (E18).

A principal dificuldade é a questão de trabalhar em grupo, em equipe, é muito difícil. Nós estamos dentro da equipe, não de uma equipe, mais várias, com pessoas trabalhando conjuntamente [...]. Outra questão é saber cada um o papel que tem que desempenhar, saber a diretriz, o que cada um tem que fazer. Eu vejo muita dificuldade, de forma geral, tanto na ESF como na equipe do NASF (I22).

Falta uma instrução sobre o que é a equipe do NASF. Teve unidade que fizemos treinamento com a unidade toda, uma reunião geral, explicando o que é o NASF, falamos como nós trabalhamos, o que nós fazemos, isso fez com que funcionasse, o pessoal entendia, sabia como, quando que poderiam procurar a gente para fazer as coisas (I13).

Essa dificuldade das equipes compreenderem a atuação do NASF mesmo. Parece que o NASF uma bengala mesmo. Uma escola pediu para a unidade fazer uma palestra, o pessoal aqui do PSF está muito atarefado então vai o NASF. Eu percebo que a visão é um pouco essa, na maioria das unidades, tudo circula na questão de não ver mesmo como equipe (I14).

Foi perceptível o desconforto em posicionar-se diante da necessidade de atuar em consonância com as ações de atenção básica e afrontar as determinações da gestão local. Nesse contexto, questiona-se como é possível incorporar definitivamente a educação permanente como dispositivo para a promoção de mudanças de práticas, a partir de negociações e diálogos para construção em conjunto de ações e estratégia políticas (SAMPAIO et al., 2012), se a própria gestão não incorpora o real papel do NASF.

Essa flexibilização de organização do NASF que contribui para operacionalizar as ações faz parte do entendimento e autonomia adquirida no local indicando a permissão para cada NASF realizar seu trabalho de acordo com sua própria compreensão, expondo a fragilidade da gestão (SAMPAIO et al., 2012).

A ausência de direcionamento de gestão permite várias interpretações sobre como executar as ações das equipes do NASF, viabilizando a implementação de diferenciados modelos de gestão, patrocinando o retorno a modelos tradicionais desacreditados.

Nota-se, diante das expressões, a dificuldade de articular as atividades dentro de uma rotina já estabelecida. As ESF firmam as atividades em um cronograma de assistência engessada. Uma das grandes sugestões pressupostas por Nascimento e Oliveira é a de mudar essa cultura do SUS:

[...] que prioriza a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolutividade e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas [...] (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 94).

A melhoria de qualidade do serviço oferecido se propõe ser o futuro do NASF e não apenas suprir a demanda assistencial no aspecto numérico (SILVA et al., 2012).

Essa organização dos processos de trabalho do NASF e da ESF, por se tratar de uma atividade nova, deverá criar espaços de suporte para realizar reuniões, planejamentos, discussões de casos e de direcionamentos voltados à gestão a fim de construir por toda equipe uma rede de cuidados (ANJOS et al., 2013, NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O trabalho do NASF só pode ser efetivado de forma integral se forem garantidas condições para o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os membros do NASF e entre esses e os profissionais da ESF. Há necessidade de esclarecimento de papéis com relação a real tarefa do NASF junto às ESF (RIBEIRO et al., 2014).

Portanto, a ausência de instruções ministeriais mais claras aliada à flexibilidade para fortalecer um novo modelo de saúde permite reforçar lógicas tradicionais e modelo antagônico (SAMPAIO et al., 2012).

### **5.5. A resistência da equipe da Estratégia Saúde da Família para alterar o processo de trabalho e a dificuldade de relacionamento interpessoal são fragilidades para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família desenvolver a Educação Permanente em Saúde no entorno das condições crônicas**

Os entrevistados revelam uma desorganização entre as equipes de trabalho NASF e ESF no que se refere ao processo de trabalho em equipe. Ambas as equipes estão aptas a desenvolver suas atividades, mas a ausência de liderança ou de organização hierárquica para conduzir essas equipes é nociva e favorece a resistência para o trabalho em equipe e o surgimento de conflitos de ordem interpessoal:

O que falta para o sistema em si é mais uma organização referente ao que é o trabalho em equipe. É uma fragilidade (I13).

E, é lógico, como equipe de apoio, é difícil você enxergar problemas e propor solução, não tem essa autoridade. Parece que você está trazendo mais trabalho para a equipe e você nem é reconhecido como membro da equipe. Eu acabo sendo a demanda (I12).

São algumas resistências da equipe, porque é o momento de educação é como se fosse perda de tempo, como se não fosse necessário. Porque às vezes a equipe está sobrecarregada para aquele momento de educação (C20).

Tem unidade que não podemos sentar, cada cadeira é de uma ACS, se você senta na cadeira você tem que levantar, se você pega uma cadeira de fora, você está atrapalhando, [...] e ainda escuta: você pode senta em outro lugar [...] (I19).

O NASF busca a legitimidade da autonomia para se articular com as ESF, identificar as prioridades e definir de que maneira poderá atuar. Para tanto, necessita de amparo pela gestão local, que deve ter essa definição.

No trabalho do NASF, articulado à ESF, manter uma pacífica relação entre as equipes não é fácil. Há um enfrentamento das equipes multiprofissionais e suas interlocuções causando empecilhos no desenvolvimento de suas ações.

Reconhecer isso pela gestão local é um modo de planejar estratégias no intuito de estabelecer as ações significativas para cada equipe, não enfraquecendo suas características e atribuições (ANJOS et al., 2013).

Em detrimento a essa questão, outra situação que desfavorece o trabalho em equipe é o relacionamento interpessoal. O convívio de vários profissionais permite que os envolvidos aprendam e reconheçam diferentes subjetividades. No entanto, tal processo não é isento de estranhamento.

É necessário compreender que cada indivíduo tem seu modo próprio de ser e atuar no mundo e que as relações interpessoais são processos dinâmicos que mudam com as experiências acumuladas e reflexões, para possíveis condutas mais amplas (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; PINEAU, 2013).

Assim há uma construção de novo convívio a todo o momento, e essa realidade se reconstrói na interação do sujeito-objeto, que inegavelmente se faz por meio das trocas entre sujeito-sujeito (BALDISSERA; BUENO, 2010)

O processo de EPS solicita atitudes que promovam troca/diálogo/contato/encontro entre os profissionais e, para tanto, também implicam condutas, valores, crenças e modos de relacionamento. Esse equilíbrio na relação entre sujeitos e conhecimentos promove estratégias que possibilitem reconhecer, valorizar e incorporar o ensino e o aprendizado à vida, às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem (DAUSSY, 2014; CHAUBET, 2013).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cotidiano do processo de trabalho do NASF vem sendo modificado e reestruturado desde sua implantação. Por ser uma equipe de constituição recente ainda passa por modificações e processos de adequação. Por isso, necessita de um olhar ampliado, bem como de reflexões para o desenvolvimento de suas ações em prol da qualidade de vida das populações assistidas.

O trabalho do NASF é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as equipes incorporadas na atenção básica, nas quais acontecem diversas intervenções técnicas por meio da integração multiprofissional.

As práticas de EPS se evidenciam e se afirmam como competência do NASF nas atividades de rotina, nas atuações em grupos, visitas domiciliares nas discussões de casos e matriciamento. A EPS foi entendida como um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção primária à saúde. Por meio da EPS, vem se fortalecendo vínculos entre equipes e entre população e equipe, qualificando a assistência.

Embora a EPS se evidencie nas diversas atividades desenvolvidas pelo NASF, ela não é nomeada com esse termo. No entanto, nas práticas do dia a dia as ações educativas, formadoras e transformadoras acontecem sem a prerrogativa de estagnar atividades cotidianas para o aprendizado acontecer. Por isso, a EPS, com deve ser, acontece indissociável da prática, de forma a ordená-la e transformar saberes e fazeres. Sendo assim, passa-se a compreendê-la como sendo transversal à rotina frenética do processo de trabalho das unidades básicas de saúde.

O estudo identificou também alguns desafios a ser enfrentados, como a infraestrutura, a maturidade e a autonomia profissional, a sobrecarga, o trabalho em equipe, a incompreensão do papel NASF, a resistência de mudança no processo de trabalho e o relacionamento interpessoal – que foram aspectos que tanto podem facilitar como dificultar o cotidiano do trabalho das equipes do NASF, dependendo da forma com que as equipes as gerenciam e do direcionamento da gestão municipal.

## **5. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

O estudo possui várias implicações para a prática da enfermagem por retratar o universo da EPS na atenção básica da qual esses profissionais integram.

Para o ensino, reconhecer a educação como prática em saúde é repensar a formação. Possibilita observarmos o profissional que estamos formando hoje para incorporar novas atitudes em equipe que favoreçam a EPS. Nesse sentido, a EPS deve ser valorizada e estimulada no processo de formação dos enfermeiros.

No que se refere à pesquisa, há uma lacuna nas buscas de estudos sobre as práticas EPS desenvolvidas pelos profissionais do NASF e, portanto, estudos como este geram hipóteses e pressupostos, os quais poderão ser respondidos a partir da realização de novos estudos, inclusive para avaliação dos serviços de saúde, com delineamento mais abrangente.

Ademais, o estudo há de despertar um novo olhar sobre as EPS, fornecendo subsídios para a reflexão da necessidade de organização da EPS na atenção básica, pois as práticas educativas precisam ser entendidas como promotoras de ações inovadoras, capazes de impulsionar transformações na prestação de serviços à população e nos processos educacionais.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, 2013.

BALDISSERA, V. D. A. **Pesquisa-ação em lazer, sexualidade e educação para a saúde com pessoas que vivenciam a hipertensão arterial**. 2009. 115 f. Tese (Doutorado em Ciências)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A representação da sexualidade por idosas e a educação para a saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 622-629, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8830>>. Acesso em 16 set. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BILLETT, S. et al. **Towards more effective continuing education and training for australian workers**. Adelaide, Australia: NCEVER, 2015.

BONFIM, P. F. et al. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 420-427, maio-jun. 2012.

BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 3741.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 18 p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

CARVALHO, M. L. et al. Infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva neonatal. **R. Interd.**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 189-198, 2014. Disponível em:

<[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/539/pdf\\_176](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/539/pdf_176)>. Acesso em: 14 maio 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde In: BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. **Estágio de vivência no SUS**: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos. Salvador: SESAB, 2009. p. 70-75.

CHAUBET, P. Des conditions favorables à une réflexion collective de l'expérience. **Education Permanente**, Paris, n. 196, p. 53-64, 2013.

CORRÊA, G. H. L. S. T.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Diferentes modos da família cuidar de pessoa idosa em situação crônica. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 796-804, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.16421>>. Acesso em: 29 nov. 2015

DAUSSY, M. F. S. **Contribuições da prática reflexiva às estratégias de Educação Permanente em Saúde nos núcleos de apoio à saúde da família**. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan.-mar. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>>. Acesso em: 30 set. 2015.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **Brit. Med. J.**, London, v. 320, n. 7234, p. 526-527, 2000.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. *Delineando a pesquisa clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003

IBGE. **Cidades@**: Paraná - Maringá. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411520&search=parana|maringa>>. Acesso em: 12 ago 2015.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil avançado do município de Maringá.** Disponível em: <[http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=309&btOk=ok](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=309&btOk=ok)>. Acesso em: 18 fev. 2016.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400008>>. Acesso em: 15 ago 2015.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200010>>. Acesso em: 28 set. 2015.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação Permanente em Saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, maio/ago. 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>>. Acesso em: 17 set. 2015.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiros para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C. et al. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <[https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india](https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india)>. Acesso em: 08 maio 2016.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; CORRENTE, J. E. Atenção primária à saúde de uma cidade brasileira sob a ótica dos usuários e profissionais. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1299-1306, jul./set. 2015.

MARTINS, M. G. **Revisão integrativa sobre o conceito de trabalho em equipe na perspectiva da integralidade na atenção primária à saúde**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, A.; MONT'ALVÃO, C. **Ergonomia: conceitos e aplicações**. Rio de Janeiro: 2 AB, 1998.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, n. 30, p.153-166, 2009.

MOURA, L. K. B. et al. Revisão integrativa sobre o câncer bucal. **J. Res.: Fundam. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 164-175, 2014. Suplemento. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4516/pdf\\_1511](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4516/pdf_1511)>. Acesso em: 14 maio 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, F. R. et al. **Construção das redes de atenção à saúde, módulo 5**. Campo Grande: Fiocruz Pantanal, 2014. 23 p. Disponível em: <<http://saudedafamilia.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=1110>>. Acesso em: 15 set. 2015.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Ata da 5ª reunião ordinária de 2012**. Curitiba, 2012. Disponível em: <[http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA\\_5\\_RO\\_23\\_08\\_2012.pdf](http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA_5_RO_23_08_2012.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano\\_estadual\\_saude\\_1104.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Cartilha Oficina Tutoria na APS**. Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaTutoria2015.pdf>>.

PINEAU, G. Les réflexions sur les pratiques au coeur du Tournant Réflexif. **Education Permanente**, Paris, n. 196, p. 9-24, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, v. 29, p. 489-497, 2006.

RAFII, F. et al. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.*, Mumbai, v. 19, n. 2, p. 159-167, 2014.

REY-GAMERO, A. C.; ACOSTA-RAMÍREZ, N. O enfoque de competências para as equipes de Atenção Primária à Saúde. Uma revisão da literatura. *Rev. Gerenc. Políticas Salud*, Bogotá, v. 12, n. 25, p. 28-39, 2011. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/7125/5642>>. Acesso em: 30 ago 2015.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; VASCONCELOS, E. M. As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde: reflexões de uma pesquisa-ação. *Interface*, Botucatu, v. 18, p. 1453-1462, 2014. Suplemento 2.

RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231, 2014.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, L. A.; RUÍZ-RODRÍGUEZ, M.; ACOSTA-RAMÍREZ, N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud em Santander, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, Medellín, v. 34, n. 1, p. 88-95, 2016.

ROMANHOLI, R. M. Z. **A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado**. 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev. Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. São Paulo, 2009.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. Perspectivas da educação permanente em saúde. *Rev. Ibero-Am. Estud. Educ.*, Araraquara, v. 4, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/2765>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>>. Acesso em: 15 set. 2015.

SOUSA, A. F. L. et al. Representações sociais da infecção comunitária por profissionais da Atenção Primária. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 5, p.

454-459, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0454.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio de necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nurs Res*; v. 39, n.3, p.172-175, 1990

TOPF, M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. *Nurs Res*, v. 35, n. 4, p.253-245, 1986.

VENDRUSCOLO, C. et al. Concepção de coordenadores da Atenção Básica sobre educação permanente em saúde: aproximações e distanciamentos com pressupostos freireanos. **Inova Saúde**, Criciúma, v. 4, n. 1, p. 65-87, 2015.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9412313>>. Acesso em: 20 set. 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### QUESTÕES DESENCADEADORAS

- 1) Você possui momentos de discussão com equipes saúde da família? Fale como acontecem (local, momento, temas/assuntos escolhidos, público que efetivamente participa, métodos utilizados). Como você denomina esses momentos de discussão?
- 2) Em relação às condições crônicas, esses momentos acontecem com qual frequência? Com qual finalidade?
- 3) Você acredita que existe alguma relação entre esses momentos de discussão e a educação permanente em saúde?
- 4) Você acredita que oportunizar esses momentos de discussão (ou utilizar a denominação tratada acima) é papel de quem?
- 5) Você acredita que esses momentos são capazes de transformar saberes e práticas?
- 6) Quais os resultados/ implicações destes momentos para os saberes e práticas das condições crônicas?
- 7) Como você avalia esses momentos, em relação aos benefícios e fragilidades? Você poderia apontar situações cotidianas que sinalizam esses benefícios e fragilidades?

**APÊNDECE B**  
**QUESTÕES NORTEADORAS PÓS-ADEQUAÇÃO**

1. Quais as ações que você desenvolve na atenção básica?
2. O(s) Serviço(s) onde você atua proporciona interação com as equipes saúde da família? Fale-me como acontecem (local, momento, temas/assuntos escolhidos, público que efetivamente participa, métodos utilizados e frequência) Em quais desses momentos que você descreveu você acredita que está contribuindo com a educação permanente em saúde? Por que?
3. A equipe do NASF desenvolve ações de educação da equipe, no que se refere as condições crônicas? Com que objetivo? Descreva de que forma essas ações ocorrem
4. Você acredita que oportunizar esses momentos de discussão (ou utilizar a denominação tratada acima) é papel de quais profissionais?
5. Como avalia o impacto/ implicações dessas ações educativas?
6. Como você avalia esses momentos, em relação aos benefícios e fragilidades? Você poderia apontar situações cotidianas que sinalizam claramente esses benefícios e fragilidades?

## ANEXOS

### ANEXO A

#### INSTRUMENTO DE ADEQUAÇÃO DE ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

##### Parte 1 – Identificação

Nome do avaliador:

Titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Experiência com técnicas de Entrevista Individual: ( ) sim ( ) não

Conhecimento sobre a Atenção Básica em Saúde: ( ) sim ( ) não

Conhecimento sobre a Política de Educação Permanente em Saúde: ( ) sim ( ) não

##### Parte 2 – Instruções

Prezado Pesquisador,

Você foi convidado a **integrar o grupo de juízes** encarregado de **adequar nosso roteiro de questões** que serão utilizadas pela técnica de entrevista individual na pesquisa intitulada 'Educação Permanente em Saúde na Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Contexto das Condições Crônicas', apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

A presente pesquisa possui como **questão de estudo**: Como se caracterizam as práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no contexto das condições crônicas? Seu **objetivo** é compreender as práticas de Educação Permanente em Saúde desempenhadas pelo NASF no contexto das condições crônicas e descrever as potencialidades e dificuldades do processo de educação permanente em saúde, na perspectiva dos profissionais do Núcleos de Apoio a Saúde da Família, desempenhadas no contexto das condições crônicas.

Trata-se de uma **pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva**. Os participantes serão profissionais vinculados às equipes de NASF implantadas no município de Maringá- Pr, perfazendo o número de nove equipes.

Para a coleta de dados será utilizada a **técnica de entrevista individual**, apoiada por um **roteiro de perguntas norteadoras**. Para tanto, elaboramos esse instrumento ancorado nos pressupostos de Manzini (2003)<sup>1</sup>, dividido em duas partes para sua análise: 1) análise da forma, sequência e abrangência das questões norteadora da entrevista individual; 2) Análise da ação verbal das questões norteadoras da entrevista individual.

---

<sup>1</sup> MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiros para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C. et al. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

### **I) Análise da forma, sequência e abrangência das questões norteadoras da entrevista individual**

Considere as seguintes **questões norteadoras para a entrevista individual** para avaliar a forma, sequência e abrangência (Quadros de 1 a 3):

- 8) Você possui momentos de discussão com equipes saúde da família? Fale como acontecem (local, momento, temas/assuntos escolhidos, público que efetivamente participa, métodos utilizados). Como você denomina esses momentos de discussão?
- 9) Em relação às condições crônicas, esses momentos acontecem com qual frequência? Com qual finalidade?
- 10) Você acredita que existe alguma relação entre esses momentos de discussão e a educação permanente em saúde?
- 11) Você acredita que oportunizar esses momentos de discussão (ou utilizar a denominação tratada acima) é papel de quem?
- 12) Você acredita que esses momentos são capazes de transformar saberes e práticas?
- 13) Quais os resultados/ implicações destes momentos para os saberes e práticas das condições crônicas?
- 14) Como você avalia esses momentos, em relação aos benefícios e fragilidades? Você poderia apontar situações cotidianas que sinalizam esses benefícios e fragilidades?

Quadro 1: Avalie a **forma**, assinalando com um 'X' a alternativa que corresponde a sua avaliação:

| Quanto à <b>forma</b> , avalie:  | Avaliação      |                           |              |                        |
|--|----------------|---------------------------|--------------|------------------------|
|  | Insatisfatório | Parcialmente satisfatório | Satisfatório | Altamente satisfatório |
| As palavras técnicas estão empregadas de forma adequada considerando os participantes da entrevista grupal |                |                           |              |                        |
| As perguntas são compreensíveis  |                |                           |              |                        |
| As perguntas são neutras (no sentido de não manipular as respostas)  |                |                           |              |                        |
| As perguntas são diretivas e objetivas   |                |                           |              |                        |

Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'Parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões:

---



---



---



---

Quadro 2: Avalie a **seqüência** assinalando com um 'X' a alternativa que corresponde a sua avaliação:

| Quanto à <b>seqüência</b> , avalie:   | Avaliação      |                           |              |                        |
|---|----------------|---------------------------|--------------|------------------------|
|   | Insatisfatório | Parcialmente satisfatório | Satisfatório | Altamente satisfatório |
| A seqüência das perguntas é adequada para contemplar os objetivos propostos?  |                |                           |              |                        |
| A seqüência das perguntas permite aos participantes perceberem a mudança de assunto?  |                |                           |              |                        |
| A seqüência das perguntas segue uma ordem de dificuldade, capaz de permitir aos participantes a construção de seu pensamento? |                |                           |              |                        |

Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'Parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões:

---



---



---



---

Quadro 3: Avalie a **abrangência**, assinalando com um 'X' a alternativa que corresponde a sua avaliação:

| Quanto à <b>abrangência</b> , avalie:   | Avaliação      |                           |              |                        |
|---|----------------|---------------------------|--------------|------------------------|
|   | Insatisfatório | Parcialmente satisfatório | Satisfatório | Altamente satisfatório |
| As perguntas permitem abranger a educação permanente no contexto da atuação do NASF.  |                |                           |              |                        |
| As perguntas são suficientes para caracterizam as práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos NASF no contexto das condições crônicas. |                |                           |              |                        |

Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'Parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões:

---



---



---



---

## II) Análise da ação verbal das questões disparadoras do grupo individual

Para proceder a essa avaliação, esclarecemos que as perguntas foram elaboradas a partir da Política da Atenção Básica de Saúde no contexto da atuação do NASF e da Política Nacional de Educação Permanente. Nesse sentido, solicitamos sua avaliação quanto à adequação da pergunta à intenção que ela apresenta (ação verbal).

Quadro 4: Questões norteadoras da entrevista individual e ação verbal

| Questões Norteadoras para a entrevista Grupal   | Ação Verbal  | Avaliação      |                           |              |                        | Sugestões<br><br>(Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões) |
|---|--|----------------|---------------------------|--------------|------------------------|---|
|   |  | Insatisfatório | Parcialmente satisfatório | Satisfatório | Altamente satisfatório |   |
| 1. Você possui momentos de discussão com equipes saúde da família? Fale como acontecem (local, momento, temas/assuntos escolhidos, público que efetivamente participa, métodos utilizados). Como você denomina esses momentos de discussão? | Essas perguntas devem ser capazes de identificar existência, a caracterização e a participação dos profissionais do NASF e ESF nesses momentos e esclarecer sua denominação. |                |                           |              |                        |   |
| 2. Em relação às condições crônicas, esses momentos acontecem com qual frequência? Com qual finalidade  | Essa pergunta deve ser capaz de identificar a organização, o desenvolvimento e como se evidenciam as temáticas e ações educativas.   |                |                           |              |                        |   |
| 3. Você acredita que existe alguma relação entre esses momentos de discussão e a educação permanente em saúde?  | Essa pergunta deve ser capaz de identificar a percepção dos profissionais entre as ações desenvolvidas e a EPS.  |                |                           |              |                        |   |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <p>4. Você acredita que oportunizar esses momentos de discussão (ou utilizar a denominação tratada acima) é papel de quem?</p>  | <p>Essa pergunta deve ser capaz de identificar a responsabilidade de qual(is) profissional(is) ou membro(s) atuante na atenção básica a buscar esses momentos.</p>                       |  |  |  |  |  |
| <p>5. Você acredita que esses momentos são capazes de transformar saberes e práticas?</p>   | <p>Essa pergunta deve ser capaz de identificar o quanto os profissionais evidenciam a EPS como momentos de trocas de saberes, experiências e ação promotora de aprendizagem.</p>         |  |  |  |  |  |
| <p>6. Quais os resultados/ implicações destes momentos para os saberes e práticas das condições crônicas?</p>   | <p>Essa pergunta deve ser capaz de identificar uma reflexão da prática de saúde entre os profissionais e exemplificar algumas ações de mudança na construção de novos conhecimentos.</p> |  |  |  |  |  |
| <p>7. Como você avalia esses momentos, em relação aos benefícios e fragilidades? Você poderia apontar situações cotidianas que sinalizam esses benefícios e fragilidades?</p> | <p>Essa pergunta deve ser capaz de identificar no processo de trabalho dos profissionais ações negativas e positivas e a exemplifica-las.</p>  |  |  |  |  |  |

**ANEXO B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada, EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS, que faz parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e é orientada pela profa Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera da Universidade. O objetivo da pesquisa é compreender as práticas de Educação Permanente em Saúde desempenhadas pelo NASF no contexto das condições crônicas e descrever as potencialidades e dificuldades do processo de educação permanente em saúde, na perspectiva dos profissionais do NASF, desempenhadas no contexto das condições crônicas. Como membro desta equipes NASF sua participação é muito importante e se dará através de discussões em grupos com outros profissionais de equipe NASF da 15º regional de saúde. Essas discussões serão gravadas e transcritas na íntegra, porém sem identificação dos participantes. Após a transcrição, a gravação em áudio será deletada. Informamos que poderão ocorrer desconforto mínimos durante as respostas devido a constrangimento em relação a temática, além do tempo demandando para a realização das entrevistas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade os dados gravados serão excluídos após a transcrição. Os benefícios esperados envolvem desvelar a realidade dos espaços destinados à EPS, sobretudo as potencialidades desse processo e contribuirá o estudo com o avanço do olhar crítico para a realidade clínico-assistencial e técnico-pedagógica do NASF, preenchendo as lacunas de conhecimentos científicos atualmente existentes. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, .....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profa Dra Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

\_\_\_\_\_ Data: .....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Clicie Arrias Fabri que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

\_\_\_\_\_ Data: .....

Assinatura do pesquisador

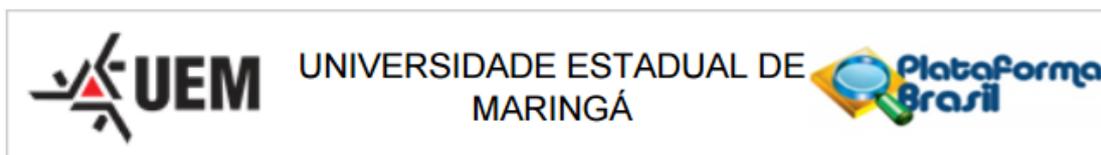
Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Clicie Arria: Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM – Bloco 02 (PSE) da UEM. - CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44)9921-1000 - E-mail: proclicie@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM - Universidade Estadual de Maringá: Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM - Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. - CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 - E-mail: copep@uem.br

## ANEXO C



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ATUAÇÃO DO NASF NAS ÁREAS DE SAÚDE MENTAL, REABILITAÇÃO E CONDIÇÕES CRÔNICAS: CONSTRUINDO SABERES E PRÁTICAS PROBLEMATIZADOS

**Pesquisador:** Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47111915.5.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.194.652

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

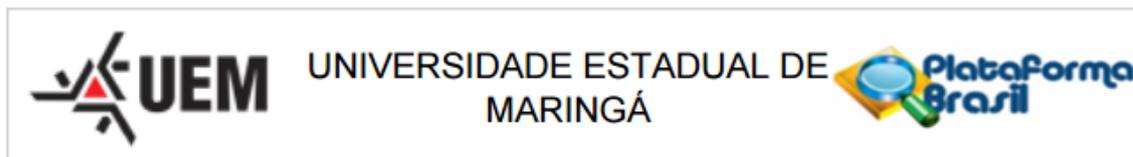
**Objetivo da Pesquisa:**

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos integrantes das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios da 15a Regional de Saúde de Maringá-Paraná. Descrever as ações desenvolvidas pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios da 15a Regional de Saúde de Maringá-Paraná no que se refere a saúde mental, reabilitação e condições crônicas. Categorizar as ações desenvolvidas pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios da 15a Regional de Saúde de Maringá-Paraná no âmbito da gestão, da assistência, da educação e do controle social. Favorecer trocas de saberes e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios da 15a Regional de Saúde de Maringá-Paraná. Elaborar material de divulgação com experiências e práticas exitosas juntamente as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios da 15a Regional de Saúde de Maringá-Paraná. Implementar ações voltadas à troca de experiências no âmbito dos municípios participantes, por meio de recursos da Educação à Distância (EaD), no sentido de socializar o conhecimento gerado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.194.652

benefícios apontados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será conduzido segundo abordagem da pesquisa-ação aplicada. Os participantes da pesquisa serão os profissionais integrantes dos 17 Núcleos de Apoio Saúde da Família (Nasf) que atuam nos municípios pertencentes à 15ª Regional de Saúde de Maringá-PR. Contará com vários instrumentos para coleta de dados divididos em fase de pesquisa e fase de ação, organizados segundo abordagem metodológica do arco de Maguerez e a Teoria da Problematizadora. A pesquisa iniciará pela realidade e o primeiro momento é a observação, em que os atores-pesquisadores serão caracterizados por meio do levantamento dos dados sócio-demográficos e profissionais. Para isso, será utilizado questionário, desenvolvido em ambiente virtual, utilizando a ferramenta Google Forms® e serão enviados aos endereços eletrônicos pessoais ou profissionais, conforme preferência dos mesmos. Os participantes terão o período de um mês para responder ao questionário, em seguida o mesmo será fechado para respostas e as mesmas serão tabuladas em planilha do Microsoft Excell 2010®. Nessa mesma fase, de observação, por meio da técnica de grupo focal, os atores participantes serão convidados a discutir sobre as práticas que desenvolvem as áreas de saúde mental, reabilitação e condições crônicas. Serão realizados quantos encontros forem necessários, até que o grupo entenda que a temática foi esgotada. Os grupos focais serão gravados e transcritos na íntegra. A observação da realidade, que acontecerá na fase de pesquisa, permitirá primeira leitura das ações desenvolvidas por eles. Grupos focais servirão, também, para o desenvolvimento da segunda etapa do momento de pesquisa. A eleição dos pontos-chaves serão balizados como os limites para a atuação dos profissionais do NASF, ou seja: após observarem a realidade, os profissionais serão estimulados a refletir e apontar situações que são entraves para sua plena atuação nas áreas de saúde mental, reabilitação e condições crônicas. Conhecendo a realidade e os pontos-chaves, a pesquisa seguirá para a terceira etapa, a teorização. Este momento engloba pesquisa e ação. Os atores passarão a perceber o contexto de suas práticas, a indagar suas causas e consequências, já observados nas fases anteriores (PRADO et al., 2012). Para buscar novos saberes e práticas, serão estimulados a buscar novos conhecimentos, fundamentados na literatura. Para isso, a fase da teorização será desenvolvida por meio de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), articulados ao Núcleo de Educação à Distância da Universidade Estadual de Maringá (NEaD/UEM), onde os atores-pesquisadores terão como mediadores do processo de ensino-aprendizagem profissionais com grande experiência as áreas de saúde mental, reabilitação, condições crônicas, educação permanente e planejamento em saúde. Concomitante aos estudos no AVA, os atores-pesquisadores serão estimulados a documentar suas práticas exitosas, gerando um material educativo impresso, embasado teoricamente nos estudos e reflexões desenvolvidos no AVA. Estas serão

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.194.652

apresentadas por meio de evento de extensão, onde todos os atores-pesquisadores apresentaram suas hipóteses para solucionar os problemas e em conjunto discutiram propostas de soluções que serão apresentadas na forma de relatório para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da 15ª Regional de Saúde de Maringá-PR. Os dados dos questionários sócio-demográficos e profissionais serão analisados pela técnica de estatística simples. As transcrições dos grupos focais serão submetidas à técnica de análise de conteúdo temática. O AVA será analisado quanto a sua aplicabilidade e eficácia por meio de questionário de avaliação dos atores-pesquisadores e quanto as informações por meio de análise documental, bem como o evento de extensão e a proposta para CIB. Para realização desta pesquisa serão observadas todas as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/2012 do CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada, com coleta de dados prevista para outubro de 2015. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador, na ordem de R\$ 100,00. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------|----------|
| Folha de Rosto  | Folha de rosto projeto nasf.pdf                              | 13/07/2015<br>11:13:29 |       | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO projeto NASF.docx | 13/07/2015<br>11:31:56 |       | Aceito   |
| Outros  | Autorização CIB para realização da Pesquisa Nasf.pdf         | 13/07/2015<br>11:33:14 |       | Aceito   |

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

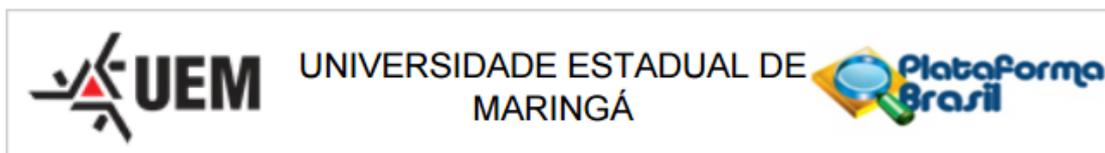
**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.194.652

|   |  |                        |  |        |
|---|--|------------------------|--|--------|
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador | Projeto Nasf Copep.docx                          | 13/07/2015<br>14:11:56 |  | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto               | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_552360.pdf | 13/07/2015<br>14:13:09 |  | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 24 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**