

ANO  
2019



**UDESC**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE - CEO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÔNICA LUDWIG WEBER ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA AS MELHORES  
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO

O enfermeiro conta com habilidades para articular os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como os componentes da equipe de enfermagem e multidisciplinar. Desenvolver essas habilidades demanda processos formativos, que iniciam na graduação e passam pela Educação Permanente em Saúde (EPS), com base em evidências científicas na direção de “melhores práticas de enfermagem”. Pesquisa ação participante, pautada no referencial teórico metodológico de Paulo Freire. Os resultados foram organizados em três manuscritos. A experiência ganhou destaque junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região Oeste de Santa Catarina (SC), na qual a pesquisadora foi convidada a integrar a Câmara Técnica. O Projeto Telessaúde/UDESC, foi uma demanda que emergiu durante os diálogos com enfermeiros, destacando a necessidade de maior aproximação dos trabalhadores com os processos de formação/educação. Além do itinerário de EPS com os enfermeiros da Rede, desenvolveu-se material pedagógico via multimídia, no formato de minicurso, para profissionais gestores de saúde do estado, sobre tecnologias de gestão na APS. A pesquisa proporcionou a aproximação entre as instâncias de ensino-serviço e a conscientização dos enfermeiros sobre a importância da aproximação com tecnologias educacionais, com vistas às melhores práticas em enfermagem.

Orientadora: Dra. Carine Vendruscolo

Co-orientadora: Dra. Edlamar Kátia Adamy

Chapecó, 2019

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA AS  
MELHORES PRÁTICAS DE  
ENFERMAGEM NA REDE DE  
ATENÇÃO**

MÔNICA LUDWIG WEBER

CHAPECÓ, 2019



**MÔNICA LUDWIG WEBER**

**ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA  
AS MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Centro de Educação Superior do Oeste, Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Dra. Carine Vendruscolo

Co-orientadora: Dra. Edlamar Kátia Adamy

**Chapecó, SC**

**2019**



**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da  
Biblioteca Setorial do CEO/UDESC,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Weber, Mônica Ludwig  
ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA AS MELHORES PRÁTICAS DE  
ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO / Mônica Ludwig  
Weber. -- 2019.  
231 p.

Orientadora: Carine Vendruscolo  
Coorientadora: Edlamar Kátia Adamy  
Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa  
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de  
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à  
Saúde, Chapecó, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Enfermagem. 3. Educação Permanente em  
Saúde. 4. Melhores Práticas em Enfermagem. 5. Tecnologias de Informação e  
Comunicação. I. Vendruscolo, Carine. II. Adamy, Edlamar Kátia. III. Universidade  
do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de  
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.



**MÔNICA LUDWIG WEBER**

**ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA AS MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
NA REDE DE ATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação –  
Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade  
do Estado de Santa Catarina – UDESC, como requisito parcial à obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.

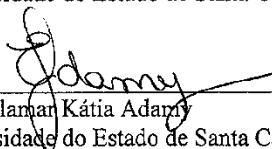
**Banca Examinadora**

Orientadora:



Dra. Carine Vendruscolo  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Co-orientadora:



Dra. Edlamar Kátia Adami  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro 1:



Phd. Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Membro 2:



Dra. Clarissa Bohrer da Silva  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro 3:

(Suplente)



Dra. Ivete Maroso Krauzer  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Mestranda:

Mônica Ludwig Weber  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

**Chapecó, 17 de Junho de 2019**



## NOTAS DA AUTORA E AGRADECIMENTOS

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”.

(PAULO FREIRE, Pedagogia da Esperança)

A busca pelo conhecimento sempre foi minha maior paixão. Nessa incansável trajetória na enfermagem, estou a caminhar desde 2004, ano em ingressei como acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Foram árduos os anos de graduação, porém, mal sabia eu sobre os entraves e dificuldades da vida profissional. Em meus dez anos de experiência profissional, prevalece a atuação no âmbito hospitalar, em uma instituição de médio porte, na qual trabalho há nove anos. No transcorrer desses anos, muitas foram as oportunidades que me permitiram circular pela assistência, gestão e ensino, mas também muitos foram os desafios enfrentados e superados, e tanto outros ainda por vencer. E foram esses desafios que me fizeram chegar ao Mestrado Profissional em Enfermagem.

A atuação profissional me deixou mais atenta às práticas de assistência à saúde, realizadas pelas diferentes categorias de profissionais que compõem uma equipe, no atendimento às necessidades dos indivíduos, seja direta ou indiretamente. Percebi também, a importância dos elos entre profissionais e entre diferentes serviços, para que, assim, o cuidado possa ser integral e longitudinal. Nesse contexto, o enfermeiro se sobressai como profissional de referência na equipe, o qual coordena as atividades assistenciais, gerencia processos de trabalho, recursos materiais e pessoas, com importantes habilidades de liderança e capacidade de adaptar-se aos serviços, além de realizar o cuidado integral e humanizado ao usuário/paciente.

Nesse momento, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos e reflexões, pois entendo que a enfermagem pode ser repensada, no sentido de transformar a sua práxis. E assim, fui apresentada, pela minha orientadora Dra. Carine Vendruscolo e co-orientadora Dra. Edlamar Kátia Adamy, a um dos maiores educadores brasileiros, Paulo Freire. Com essa aproximação, tive a oportunidade de conhecer suas obras, ler e reler seus escritos, com o objetivo de incorporar sua essência e aplicar ao meu cotidiano. À medida que me permiti conhecer seus conceitos (que até então, para mim, só se aplicavam à área da educação), como diálogo, conscientização, práxis, observei que eles se encaixavam perfeitamente no meu dia a dia, afinal, o que o enfermeiro mais realiza em seu dia a dia, são processos de educação em e

para a saúde. Qualquer que seja o procedimento, ele é planejado e executado, com base na ciência e nas experiências de vida, exigindo a reflexão para a ação e, portanto, ele acontece em meio às orientações, ao diálogo, seja com o indivíduo, família ou com a comunidade. Ao ser realizado, o procedimento, acompanhado pelo saber e pelo diálogo, interfere na prática e produz uma transformação – isso é a práxis!

Nesse contexto, me desafiei a conhecer como ocorre a prática profissional do enfermeiro que atua em diferentes instituições da rede de atenção, e a problematizar, juntamente com eles, quais os sentidos dessa prática, suas potencialidades e fragilidades, e como podemos transformá-las em “melhores práticas”. Esses anseios e a inquietação mediante o comodismo que nos mantêm inertes diante de situações que demandam um posicionamento crítico do enfermeiro, possibilitaram-me perceber o grande compromisso que tenho como cidadã e profissional, e me deram forças para concretizar a realização deste trabalho.

Hoje, só tenho a agradecer! Primeiramente a Deus que me concedeu forças, saúde e disposição todos os dias dessa caminhada! Aos familiares, amigos, colegas e professores pelas parcerias e laços de amizade construídos, e que sejam cada dia mais fortalecidos. Minha eterna gratidão!

## RESUMO

**Introdução:** o enfermeiro conta com habilidades para articular os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como os componentes da equipe de enfermagem e multidisciplinar. Desenvolver essas habilidades demanda processos formativos, que iniciam na graduação e passam pela Educação Permanente em Saúde (EPS), com base em evidências científicas na direção de “melhores práticas de enfermagem”. **Objetivos:** 1) Construir um itinerário de EPS para fortalecer as melhores práticas em enfermagem na RAS; 2) Produzir material pedagógico instrucional com multimídia - minicurso - relacionado aos produtos gerados nesta pesquisa, vinculado ao Telessaúde SC; 3) Analisar a compreensão dos enfermeiros da RAS sobre as melhores práticas e 4) Identificar as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na RAS. **Método:** pesquisa ação participante, pautada no referencial teórico metodológico de Paulo Freire, em três momentos: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico. Participaram 10 enfermeiros atuantes nos diferentes pontos da RAS. As temáticas foram obtidas mediante a realização de três Círculos de Cultura (CC), entre junho e agosto de 2018. A pesquisa foi realizada em uma RAS com três municípios, e aprovada pelo CEP sob parecer número 2.380.748/2017. **Resultados e discussão:** emergiram 59 temas geradores, codificados e decodificados até chegar a 16, representativos das suas demandas. Os resultados foram organizados em manuscritos: 1) “Melhores práticas em enfermagem na Rede de Atenção à Saúde: potencialidades e desafios”, 2) “O fortalecimento da interlocução e apoio entre enfermeiros na Rede de Atenção: qualificação do cuidado” e 3) “Itinerário de Educação Permanente para melhores práticas em enfermagem na Rede de Atenção”. Os diálogos impulsionaram movimentos que se configuraram como produtos desta investigação, como a realização de grupos com usuárias gestantes, envolvendo enfermeiros dos diferentes pontos da Rede. A experiência ganhou destaque junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região Oeste de Santa Catarina (SC), na qual a pesquisadora foi convidada a integrar a Câmara Técnica. Como atividade da CIES, participou da organização de ações atendendo a Política Nacional de EPS em nível regional. O Projeto Telessaúde, parceria entre o Ministério da Saúde, via Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), foi uma consequência deste movimento, pois, durante os diálogos com enfermeiros, emergiu a demanda de maior aproximação dos trabalhadores com os processos de formação/educação. Por meio do Telessaúde, desenvolveu-se material pedagógico via multimídia e oferta de minicurso de 60 horas para profissionais gestores de saúde do estado, sobre tecnologias de gestão na APS. O minicurso estará disponível no Telessaúde/SC e será referenciado por outras mídias, como o Observatório de EPS da UDESC. **Considerações finais:** a pesquisa, além de possibilitar a construção do itinerário de EPS, com potencial de replicação, proporcionou a aproximação entre as instâncias de ensino-serviço e a conscientização dos enfermeiros sobre a importância da aproximação com tecnologias educacionais. Os temas geradores desencadearam a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, sobretudo quanto às melhores práticas em enfermagem. Os CC operaram como locus de compartilhamento de experiências e, portanto, de EPS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Educação Permanente em Saúde. Melhores Práticas em Enfermagem. Tecnologias de Informação e Comunicação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The nurse has skills to articulate the different points of attention, as well as the other professionals of the nursing and multidisciplinary crew. Developing these abilities demands forming processes, that start in the graduation e go through the Permanent Health Education (EPS), based on scientific evidences directed to “best nursing practices”.

**Objectives:** 1) Analyze nurses' understanding of best practices; 2) Identify the potentialities and challenges in the development of best practices in nursing in the RAS; 3) Build an itinerary of EPS to strengthen the best nursing practices in the RAS and 4) Produce instructional pedagogical material with multimedia – short course – related to products generated in this research, linked to the Telehealth / SC.

**Method:** It is a participant action study, based on the methodological reference of Paulo Freire, in three moments: thematic investigation, codification and decodification; and critical unveiling. The participants were 10 nurses working in different points of the RAS. The information was obtained through three Culture Circles (CC), with an average of seven participants in each and the duration of nearly two hours, between the months of June and August 2018. The research was performed in a RAS with three municipalities, and approved in the CEP number 2.380.748/2017.

**Results and discussion:** During the process, 59 generator themes emerged, codified and decodified up to come to 16 themes, representing the demands. The results were organized in manuscripts: 1) “Best practices in nursing in the Health Care Network: strengths and challenges”, 2) “The strengthening of interlocution and support among nurses in the Care Network: care improvement” and 3) “Permanent Education Itinerary for best practices in nursing in the Care Network”. The dialogs stimulated movements that were configured as products of this research, such as the meetings of groups with pregnant women, users, involving nurses from different points in the Network. The experience gained prominence with the Education-Service Integration Committee (CIES) of the Western Region of SC, in which the researcher was invited to join the Technical Chamber. As an activity with CIES, the researcher participated in the organization of the "Scientific Tables on Mental Health". The Telehealth Project, a partnership between the Ministry of Health, through the Federal University and the State University of Santa Catarina (UDESC), was a consequence of this movement, as, during the dialogues with nurses, the demand for closer training/education processes. The Telehealth represented a possibility to create pedagogical material via multimedia, and a 60-hour mini-course was offered to health professionals from the state, about management technologies in APS. The mini-course will be available at Telehealth / SC and referenced by other media, such as the UDESC EPS Observatory.

**Final considerations:** The research, besides making possible the construction of the EPS itinerary, with potential for replication, provided the approximation between the teaching-service instances and the nurses' awareness about the importance of approaching with educational technologies. The generating themes triggered critical reflection on the work process, especially regarding the best practices in nursing. The CCs operated as a locus of sharing experiences, and thus of EPS.

**Key words:** Primary Health Care. Nursing. Permanent Health Education. Best Practices in Nursing. Information and Communication Technologies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 01</b> – Dos sistemas hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	19
<b>Figura 02.</b> Esquema do percurso de pesquisa de Paulo Freire adaptado por Heidemann et al. ....	57
<b>Figura 03</b> - Mapa das macrorregiões de saúde de Santa Catarina.....	59
<b>Figura 04</b> - Representação esquema básico da RAS em estudo.....	60
<b>Figura 05</b> – Painel representativo dos temas geradores que emergiram no 1º CC.....	66
<b>Quadro 01</b> – Processo de identificação dos 59 temas geradores (Continua) .....	69
<b>Quadro 02</b> - Apresentação dos 16 temas geradores finais, relacionados às temáticas que representam as potencialidades e desafios para as melhores práticas em enfermagem. ....	71
<b>Figura 06</b> – Grupo de gestantes realizado no dia 08 de agosto de 2018, município de São Carlos - SC. ....	184
<b>Figura 07</b> - Grupo de gestantes realizado no dia 14 de agosto de 2018, município de Águas de Chapecó - SC. ....	185
<b>Figura 08</b> – Trecho da publicação sobre parto de cócoras e impacto dessa ação na rede social. ....	186
<b>Figura 09</b> – Registro do 1º Mamaço organizado na RAS. ....	187

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 01</b> – Detalhamento da distribuição dos enfermeiros na RAS.....	59
<b>Tabela 02</b> – Número total de participantes em cada Círculo de Cultura.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário da Saúde
AMOSC	Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Círculo de Cultura
CEBEs	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EAD	Educação à Distância
Esf	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina
GESTRA	Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho
LC	Linhas de Cuidado
MEAPS	Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESI	Educação e Cultura do Serviço Social da Indústria
SUS	Sistema Único de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNOCHAPECÓ	Universidade Comunitária da Região de Chapecó

## SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	11
2	OBJETIVOS.....	16
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	17
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO: UMA ATUAÇÃO BASEADA NA INTERLOCUÇÃO ENTRE PONTOS E SUJEITOS .....	17
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DA REDE: CENÁRIO ESTRATÉGICO PARA TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA .....	21
3.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO E NO CUIDADO DE ENFERMAGEM .....	24
3.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: MOVIMENTO PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS E DO MODELO ASSISTENCIAL.....	27
3.5	AS MELHORES PRÁTICAS NA ENFERMAGEM: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO .....	29
3.6	PRODUTO CIENTÍFICO I - DISPOSITIVOS E ESTRATÉGIAS PARA ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA CONTEMPORANEIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	31
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....	50
5	PERCURSO METODOLÓGICO .....	54
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	54
5.2	CONTEXTO DO ESTUDO .....	58
5.3	PARTICIPANTES .....	60
5.4	PRODUÇÃO E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES .....	62
5.5	DESVELAMENTO CRÍTICO DA REALIDADE - ANÁLISE TEMÁTICA.....	68
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	72
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	74
6.1	PRODUTO CIENTÍFICO II - MELHORES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS.....	77
6.2	PRODUTO CIENTÍFICO III - INTERLOCUÇÃO E APOIO NO DESENVOLVIMENTO DAS MELHORES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM.....	95
6.3	PRODUTO CIENTÍFICO IV - ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MELHORES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO.....	112
6.4	PRODUTO TÉCNICO 1 – PROJETO TELESSAÚDE UDESC .....	130
6.5	PRODUTO TÉCNICO 2 – MINICURSO TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA APS ....	131
6.6	PRODUTO TÉCNICO 3 – MATERIAL DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA GESTORES DA APS .....	182
6.7	PRODUTO TÉCNICO 4 – GRUPOS COM GESTANTES E “1º MAMAÇO” .....	183
6.8	PRODUTO TÉCNICO 5 – PARTICIPAÇÃO NA CIES REGIONAL .....	187
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	191

8 REFERÊNCIAS .....	194
APÊNDICE A - CARTÃO DE BOAS VINDAS PARA 1º ENCONTRO – CC.....	202
APÊNDICE B – QUADRO REPRESENTATIVO DOS 59 TEMAS GERADORES .....	203
APÊNDICE C – MATERIAL EDUCATIVO ELABORADO PARA O 1º MAMAÇO.....	206
ANEXO I - PARECER COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA (CEP) .....	207
ANEXO II – APROVAÇÃO DA CIR- CHAPECÓ .....	214
ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	215
ANEXO IV - CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES..	217
ANEXO V – TERMO DE NOMEAÇÃO CÂMARA TÉCNICA DA CIES.....	218
ANEXO VI – OFÍCIO CÂMARA TÉCNICA DA CIES PARA UNIVERSIDADES.....	220
ANEXO VII - TERMO DE PARCERIA PROJETO TELESSAÚDE - SC.....	222



## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cuidado integral e a garantia de acesso aos serviços de saúde permeiam as práticas do enfermeiro no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização ainda se pauta na fragmentação da assistência devido à falta de comunicação entre os diversos níveis de atenção. Com vistas a melhorar a organização do SUS, emergem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizadas sob a forma de uma rede horizontal, excluindo-se o ideário hierárquico entre os pontos de atenção à saúde, os quais se diferem somente pelas densidades tecnológicas específicas de cada ponto, com o objetivo final de garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2015). Para garantir sua funcionalidade, as RAS requerem uma Atenção Primária à Saúde (APS) sólida e estruturada, eficiente no papel de ordenação e coordenação do cuidado, e de porta de entrada prioritária. Tal estratégia justifica-se pelo princípio organizativo da RAS, constituído a partir do território e das necessidades de saúde das pessoas, além da mudança no perfil epidemiológico das doenças, com prevalência das condições crônicas. Isso ocasiona dispêndio maior de recursos financeiros e humanos para assistência em longo prazo, o que é contornado com o matriciamento<sup>1</sup>, pois se espera que, ao conhecer sua população adscrita e trabalhando interprofissionalmente<sup>2</sup>, a partir do compartilhamento de saberes e da atuação conjunta, a equipe tenha capacidade de intervir pontualmente em determinada situação, com resolutividade (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

Nessa perspectiva, a APS, no Brasil designada como Atenção Básica (AB), é o centro comunicador e coordenador do cuidado, com a responsabilidade de fazer a ligação entre os diferentes pontos de atenção na Rede e integrar os sistemas logísticos e de apoio, com base nas qualidades próprias que lhe são conferidas pelos seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos derivados:

---

<sup>1</sup> Referencial teórico-metodológico que orienta o trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Caracteriza-se como estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento, os quais atuam como suporte técnico pedagógico, mediante ferramentas diversas (BRASIL, 2014).

<sup>2</sup> Refere-se ao trabalho realizado entre indivíduos de duas ou mais profissões (equipe multiprofissional). O conceito de interprofissionalidade (ou Educação Interprofissional - EIP) converge com a perspectiva da coordenação do cuidado e da longitudinalidade, ao incorporar ações como o trabalho em equipe, negociação de processos decisórios, construção coletiva de conhecimento, respeito às diferenças e singularidades dos núcleos de saberes e práticas (ARAÚJO et al., 2017).

orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, e adaptação do provedor (STARFIELD, 2002).

No âmbito dessa Rede, o enfermeiro figura como um profissional “chave”, com facilidade em articular e executar a interligação entre os níveis assistenciais, por estar mais próximo do usuário e da sua família, na direção do cuidado integral e longitudinal. Essa característica vem sendo aprimorada desde os primórdios da enfermagem, com Florence Nightingale e, mais atualmente, com a busca e o uso de evidências científicas na prática de enfermagem. Proporcionar cuidados de alta qualidade com base em pesquisa e conhecimento, ao invés de “foi assim que sempre fizemos”, ou com base em tradições, conselhos de colegas ou manuais desatualizados, são princípios que potencializam a assistência ética e respeitosa, garantindo a segurança do usuário (MACKEY; BASSENDOWSKI, 2016).

Com o propósito de diminuir a lacuna entre pesquisa e prática, emerge em meados da década de 70, na Inglaterra, o conceito de Prática Baseada em Evidência (PBE). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p. 10), a PBE consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do paciente no contexto do cuidar”. Na enfermagem, trata-se de um aspecto histórico, uma vez que as ações empíricas predominaram até a década de 1950. Mais atualmente, a PBE na área da enfermagem, no Brasil, está sendo incorporada aos poucos, embora ainda seja de maneira incipiente (OKUNO, BELASCO, BARBOSA; 2014).

A enfermagem brasileira tem tido avanços mais expressivos nos últimos cinco anos, ao incentivar o uso de evidências científicas no cotidiano profissional, com a incorporação e divulgação do conceito das “boas práticas” ou “melhores práticas”, expressão derivada do inglês “*Best practice*”. São práticas decorrentes da melhor técnica baseada em evidência identificada para realizar determinada tarefa. Esse conceito abrange um conjunto de medidas que devem ser adotadas pelos profissionais a fim de garantir a qualidade e a conformidade das ações com os regulamentos técnicos (IOWA, 2019).

Convém destacar que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pode ser considerada uma precursora no fomento às boas práticas no SUS, com uma gama de materiais e publicações sobre temática para a área da saúde. Especificamente, na enfermagem, suas contribuições estão na proposição de ações para promover a segurança do paciente, nas boas práticas no funcionamento dos serviços de saúde, entre outros temas (BRASIL, 2018a). Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) vem discutindo a temática em diversos

eventos em nível nacional, provocando os enfermeiros na busca por conhecimento e sua aplicação nos cenários de prática.

Executar o cuidado a partir das “melhores práticas” pode ser uma ferramenta útil no fomento à profissão da enfermagem. Todavia, o desenvolvimento dessas habilidades demanda processos formativos, os quais se iniciam na graduação e que permanecem ao longo da vida profissional do enfermeiro. Assim, cuidar, educar, pesquisar e gerenciar, são dimensões da profissão, para as quais o profissional deve desenvolver domínio de conhecimentos para exercer suas atividades. Nessa perspectiva, a contribuição da formação de Mestres e Doutores em enfermagem para a produção de conhecimentos sobre o processo de viver humano, o cuidado em saúde, as práticas assistenciais, vem fortalecendo a profissão enquanto disciplina do conhecimento científico (THUMÉ et al., 2017).

Permanecem hegemônicas no cenário brasileiro de assistência à saúde, práticas resultantes do modelo biomédico e dos processos formativos pautados na metodologia tradicional, verticalizada e fragmentadora do cuidado, que não busca instigar a formação crítica do acadêmico, deixando exposta a lacuna existente entre a formação e a prática nos serviços de saúde (ALMEIDA FILHO, 2013). Nesse sentido, destacam-se iniciativas de integração ensino-serviço, como possibilidades para fomentar a aprendizagem significativa do enfermeiro. Essa integração, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação, a exemplo das especializações, mestrados e doutorados na área da enfermagem e saúde em geral, converge na renovação da formação profissional e promove a aproximação com os cenários reais da prática (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Na prática, esse entrave na formação profissional pode ser aliviado ou solucionado através de movimentos de Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano das equipes, estimulando a reflexão e a tomada de decisão a partir da realidade de cada contexto, lançando mão das metodologias ativas e de um significativo e contínuo processo de ensino-aprendizagem (GAVALOTE et al., 2016; VENDRUSCOLO et al., 2016). “A EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, [...] se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2009, p. 20). São considerados os conhecimentos e as experiências prévias das pessoas e se propõem processos de educação dos trabalhadores da saúde a partir da problematização da realidade e do cotidiano de trabalho, pautados nas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009).

O envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço torna possível a integração entre teoria e prática, colocando-se a serviço da reflexão e transformação da

realidade, ou seja, da práxis. A partir desses requisitos, elabora-se a educação problematizadora, esforço permanente pelo qual os sujeitos se percebem criticamente no mundo, libertando-se da passividade frente às situações do cotidiano, buscando soluções adequadas e comprometendo-se com a resolução dos problemas (FREIRE, 2017).

O educador Paulo Freire acreditava que os seres humanos se tornam sujeitos sociais, críticos e reflexivos por meio da práxis, pela aproximação entre a ação e reflexão sobre a realidade, com vistas à sua transformação. A práxis ação-reflexão torna os sujeitos capazes de agir de forma consciente sobre a realidade, mediada pelo diálogo e pelas relações construídas no interior das estruturas histórico-sociais (FREIRE, 2001).

Os pressupostos que orientam a EPS se pautam nesses conceitos e, no contexto do trabalho no SUS, é possível refletir sobre possibilidades reais de mudança na realidade dos serviços, tendo a EPS como dispositivo, por meio da troca de informações entre a equipe sobre os nós críticos que advém desse cotidiano, no sentido de qualificar a prática (VENDRUSCOLO et al., 2015).

A experiência profissional, na qualidade de enfermeira da Rede de Saúde que envolve a atenção hospitalar e, atualmente, como estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) tem provocado a reflexão sobre o abismo existente entre a teoria e a prática. Além disso, o processo de comunicação entre enfermeiros que atuam em uma mesma Rede é falho, pois não há espaços que favorecem os encontros e essa articulação. Dessa forma, no âmbito hospitalar, por vezes, se reconhecem problemas que poderiam ter sido resolvidos a nível de APS ou por meio de um processo efetivo de comunicação e interlocução entre os diferentes pontos da Rede, e também entre os profissionais que neles operam.

No cotidiano laboral, a tomada de decisão, eventualmente, é desvinculada da problematização das situações que perpassam a prática de enfermagem e também do conhecimento científico, conduta essa que enfraquece a profissão e desqualifica o cuidado. Além disso, entende-se que a RAS, no contexto do SUS, precisa estar articulada, havendo comunicação efetiva entre todos os pontos de atenção, tendo a APS como ordenadora. Nessa direção, a enfermagem, como maior força de trabalho da área da saúde, desempenha importante papel, demandando competências como a liderança, a comunicação e o raciocínio clínico pautado em evidências, garantindo assim, o cuidado integral, combinando a expertise clínica, e levando em conta o menor custo e qualidade, aliado às necessidades e preferências do usuário (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A partir de tais reflexões sobre a prática, parte-se do pressuposto de que a qualidade da assistência fundamenta e direciona a técnica empírica dos enfermeiros para a prática baseada em evidências, atentando para as necessidades do usuário e da família, para a excelência clínica e para a melhor informação científica disponível, como potencial de transformar a prática em uma “melhor prática” (CHICÓRIA, 2013; FREIRE, 2017). Nessa perspectiva, considerando também a organização da atenção à saúde no Brasil, por meio das RAS, se faz necessário um canal de comunicação entre os profissionais (neste caso, os enfermeiros) que atuam nos diferentes pontos da Rede, a fim de efetivar a assistência integral. Um dos dispositivos que auxiliam nessa aproximação está posto nos referenciais que orientam os processos de EPS, a interlocução e o apoio entre enfermeiros da Rede, os quais favorecem um encontro potencial entre sujeitos, com vistas à resolução dos seus problemas. Cumpre destacar a necessidade de uma aproximação entre a teoria e a prática, pois ambas se complementam, dando origem a práxis nesses processos, bem como a participação da gestão e do controle social, atendendo aos pressupostos filosóficos que orientam a EPS (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Nessa perspectiva, emerge a necessidade de observar a dinâmica de funcionamento da RAS, considerando os atributos da APS, sobretudo a integralidade da assistência, e, principalmente, como a enfermagem atua nesse contexto. Pauta-se na necessidade de adotar estratégias que reduzam o distanciamento entre os avanços científicos da prática de enfermagem e a assistência prestada no cotidiano da profissão, fomentando a práxis com base no processo de tomada de consciência e raciocínio clínico. Com tal propósito, questiona-se: como efetivar um processo de Educação Permanente em Saúde que contribua para a reflexão e ação, na direção das melhores práticas de enfermagem na RAS?

## **2 OBJETIVOS**

Construir um itinerário de Educação Permanente em Saúde para fortalecer as melhores práticas em enfermagem na RAS;

Produzir material pedagógico instrucional com multimídia - minicurso - relacionado aos produtos gerados nesta pesquisa, vinculado ao Telessaúde SC;

Analisar a compreensão dos enfermeiros da RAS sobre as melhores práticas;

Identificar as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na RAS;

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

O caminho teórico percorrido inclui a revisitação a autores que contêm ideias referentes à temática desse estudo, bem como fontes que auxiliaram na sustentação do problema e dos objetivos propostos. Buscando-se fundamentação na literatura, para a condução da proposta e compreensão do objeto, esse capítulo resgata estudos e obras que abordam o processo de construção do SUS; a atuação do enfermeiro na gestão da RAS, a EPS e a evolução do conceito de Melhores Práticas em Enfermagem.

#### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO: UMA ATUAÇÃO BASEADA NA INTERLOCUÇÃO ENTRE PONTOS E SUJEITOS

O SUS, instituído no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988, foi estruturado com base nos princípios de universalidade e igualdade de direitos, rompendo com o caráter meritocrático que predominava na assistência à saúde no país, estabelecendo-se o regime democrático. Nesse contexto, a organização da saúde pública do Brasil sofreu profundas transformações, visto que a Constituição defende a implementação do estado de bem-estar social, na qual a saúde é um direito de cidadania, devendo ser universal e igualitária em todo território nacional (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Cabe salientar que a criação do SUS ocorreu pela Reforma Sanitária, movimento idealizado por diferentes atores na sociedade: a categoria médica e as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos políticos de esquerda e o apoio da Igreja, conseguiram colocar em pauta no Congresso uma proposta clara e definida de reforma da saúde. Após sua criação, houve a necessidade de formação de profissionais para atuar no novo modelo assistencial, momento em que surgiu o Centro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com intuito de fomentar e promover as mudanças necessárias para obter êxito na efetivação do SUS. Essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade da saúde coletiva no Brasil, pela diversidade de saberes, abordagens, perspectivas e críticas a velhas formas de praticar saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na atualidade, o modelo de atenção à saúde pública vigente, centrado no cuidado curativista e estruturado a partir de ações e serviços de saúde com base na demanda espontânea, tem se mostrado pouco resolutivo diante dos desafios sanitários atuais e,

insustentável para os enfrentamentos futuros (LAVRAS, 2011). O cenário atual, caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população, agrava-se com a fragmentação da organização da atenção, das práticas clínicas e da gestão do SUS. Acrescenta-se a isso, a mudança no perfil epidemiológico da população com o aumento das doenças crônicas, a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição e as condições agudas (BRASIL, 2010).

Uma possível solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços nos níveis de atenção primária, secundária e terciária<sup>3</sup> de modo a produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nessa direção emergem as RAS, definidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010, p. 31) como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população a que serve”.

Dentre os elementos que a constituem, está a população, que é a essência do sistema. A estrutura operacional composta pelos diferentes pontos de atenção à saúde e sua governança, e o modelo de atenção que compreende a lógica do seu funcionamento (MENDES, 2011). Para a sua operacionalização, as redes requerem alguns atributos: a população/território definida, com conhecimento de suas necessidades a fim de definir o perfil de oferta das redes; que incluam intervenções no âmbito da promoção da saúde, de prevenção das doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; atenção centrada no indivíduo, família e comunidade; que tenha como porta de entrada e ordenadora da rede a APS; gestão integrada da clínica; recursos humanos suficientes e comprometidos; financiamento adequado e ação intersetorial ampla (MENDES, 2015).

Em virtude disso, Mendes (2011) apresenta que nas RAS a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema de atenção à saúde organiza-se sob a forma de uma rede horizontal, também denominada como Linhas de Cuidado<sup>4</sup> (LC) entre os pontos de atenção apresentando distintas densidades tecnológicas, sem ordem ou grau de importância entre eles. As LC incorporam a lógica da referência e contra-referência, com o diferencial de não funcionarem apenas por protocolos estabelecidos, mas também, por fluxos pactuados

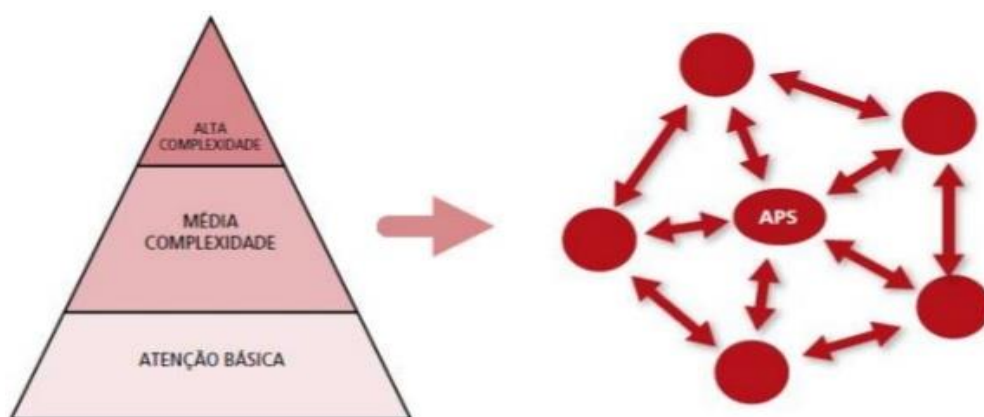
---

<sup>3</sup> Os serviços de saúde estão organizados em diferentes níveis: atenção primária à saúde (UBS); atenção secundária à saúde (Pronto Atendimento, CAPS); atenção terciária à saúde (Hospitais e serviços especializados) (MENDES, 2015).

<sup>4</sup> As Linhas de Cuidado representam os fluxos assistenciais garantidos aos usuários, incluindo os serviços que não estão necessariamente inseridos no sistema como entidades comunitárias e de assistência social, mas participam na rede de assistência ao usuário (FRANCO; FRANCO, 2015).

entre os gestores com vistas a facilitar o acesso do usuário às suas necessidades. A única singularidade que a RAS apresenta é de ter em seu centro de comunicação a APS, como mostra a figura a seguir:

**Figura 01** – Dos sistemas hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS, 2011.

Os hospitais, como integrantes das RAS, desempenham funções diferenciadas e devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada e articulada com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio. Devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências, além de possuir uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função (MENDES, 2015).

Dessa forma, acredita-se que a efetividade das redes só será possível a partir da articulação e interlocução entre os diferentes pontos de apoio e entre os sujeitos que a constituem. Esse é, sem dúvida, um dos maiores obstáculos para a efetivação desse modelo. Corroborar com essa afirmativa, estudo realizado por Rodrigues et al (2014), que identificou como maior fragilidade nos processos de integração e coordenação a ineficácia da comunicação instituída entre os sujeitos, e consequentemente, entre os pontos que integram a rede. Somam-se a isso, carências de sistemas informatizados que auxiliem na gestão dos fluxos, trabalho com ações isoladas que não repercutem ao nível macro, falta de apoio logístico e de infraestrutura.

Pensando nisso, Campos et al. (2014) apresentam como estratégia para superação de tais desafios, a adoção do método Paidéia. Elaborado a partir de conceitos que orientavam a organização social na antiga Grécia, essa estratégia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. Também favorece a formação de coletivos

organizados nas instituições e a democratização da gestão, além de incentivar à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho.

Embora o SUS já abarque esse conceito de gestão participativa, o mesmo restringe-se a ideia do controle social dos usuários e dos trabalhadores sobre o Estado. Gestão radicalizou, e ampliou esse conceito do controle social e da fiscalização, para o cotidiano das relações trabalhadores/usuários, gestor/equipe, gestor/usuários, moldando um novo paradigma, que garanta certo grau de autonomia ao trabalhador contrastado com certo grau de controle também sobre o trabalhador: controle da lei, de valores, do direito à saúde, da gratuidade do SUS, e mesmo de diretrizes de modelo, atenção básica, o vínculo, a horizontalidade, a coordenação de caso, a definição de um arranjo prévio que é a do trabalho multiprofissional. Tudo isso adaptado e recriado para cada contexto situacional (CAMPOS et al., 2014; RIGHI, 2014).

Dessa maneira, o apoio é uma metodologia para mudança que valoriza principalmente a experiência, o conhecimento dos usuários, dos trabalhadores e o contexto em que se encontram. Parte-se da premissa que ninguém é dono da verdade, mas sim, que há o apoio, que corresponde às formas como os sujeitos resistem, como fazem alianças e se articulam, que reflete na capacidade de mudar e democratizar o poder. Essa concepção precisa ser incorporada na clínica, no serviço de saúde onde efetivamente ocorrem as práticas, e não só no nível central, nas conferências, que é uma dimensão por vezes muito distante da realidade do trabalhador e usuário. Isso porque, o apoio esta impregnado de subjetividade, do afeto, das emoções, sendo necessário, dessa forma, provocar mudança nas pessoas e nas relações, ampliando a capacidade de reflexão e de intervenção das pessoas (RIGHI, 2014; CAMPOS et al., 2014).

Esse horizonte imprime a necessidade de desenvolver a criticidade ao modelo de atenção à saúde vigente, que considera a relação verticalizada e hierárquica, que engessa os sujeitos e torna as relações pouco dinâmicas. A expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) associada a uma política permanente de formação de recursos humanos pode contribuir para o trabalho em rede (RODRIGUES et al., 2014). Campos et al (2014) defende a instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato; que se inclua a sociedade civil na gestão e no compartilhamento do poder com as equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços.

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DA REDE: CENÁRIO ESTRATÉGICO PARA TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O princípio de funcionamento da RAS permeia uma APS ou AB<sup>5</sup>, forte e estruturada, capaz de exercer os papéis de ordenação e de porta de entrada prioritária no sistema, e ser responsável pela coordenação do cuidado das pessoas. Esses papéis se justificam especialmente pelo princípio organizativo das RAS, que deve ser constituída a partir das necessidades de saúde da população. É na APS que as pessoas são cadastradas, acompanhadas, estratificadas em relação a riscos e vulnerabilidades e têm, portanto, suas necessidades identificadas de forma mais abrangente, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das RAS (OPAS, 2010; MENDES, 2015).

Mendes (2015) avaliou estudos internacionais que mostraram seus sistemas de atenção à saúde baseados na APS com resultados melhores e mais eficientes, pois atenderam as necessidades da população de forma equitativa, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. A declaração “Saúde para todos no ano 2000” é um dos marcos conceituais sobre APS, e seus princípios enunciados na Declaração de Alma Ata e firmados em 1978 pela OMS, sendo APS definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade e o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 03).

Recentemente, realizou-se, em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável (OMS, 2018). Dentre as pautas prioritárias apresentadas destacam-se: a reafirmação dos

---

<sup>5</sup> Os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) no Brasil são sinônimos, e uso destes pode ser explicado ao ser considerada a ambivalência que o termo primário pode ter: simples ou básico. No entanto, quando se trata de saúde, não há dúvidas de que o termo primário se refere a algo essencial (MENDES, 2015). Neste estudo, se convencionou utilizar o termo APS, empregado e reconhecido na literatura internacional e ser incipiente na organização dos sistemas de saúde de todo o mundo. Somente as referências textuais do Ministério da Saúde (MS) não o adotam.

princípios da Declaração de Alma-Ata, a defesa do direito universal à saúde, o fortalecimento dos sistemas públicos universais de saúde, a responsabilidade primordial dos governos na garantia do direito à saúde, justiça social, equidade, a não comercialização da saúde, o financiamento adequado e sustentável, a determinação econômica, social e ambiental da saúde. Salienta-se nesse contexto a APS como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, modelo eficaz e eficiente para garantia da saúde como direito humano, condição para a efetivação da diretriz da Agenda 2030 de “não deixar ninguém para trás” (OMS, 2018). Passados 40 anos da Declaração de Alma Ata, ainda há muitas lacunas a serem superadas na direção de um sistema público de saúde universal, equitativo e de qualidade.

Starfield (2002) elencou as qualidades próprias da APS, os chamados atributos essenciais e derivados. São atributos essenciais: a) acesso de primeiro contato: o serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das urgências; b) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção e a expressão da relação interpessoal de confiança mútua entre a população e o serviço; c) integralidade: ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial quanto do processo saúde-doença, adequadas ao contexto da APS; d) coordenação: disponibilidade de uma rede de serviços, de informações a respeito de problemas e de serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação para o presente atendimento. Os atributos derivados são: a) orientação familiar: observação do contexto familiar e de seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde na avaliação das necessidades individuais; b) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e da relação com a comunidade, o incentivo ao controle social, assim como o planejamento, a avaliação conjunta dos serviços; e c) competência cultural e adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com esta.

Destaca-se que os principais desafios que condicionam o fortalecimento e a efetivação da APS no país dizem respeito à ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade de suas ações, visto que esta interfere na capacidade de resposta de toda RAS, bem como na capacidade de coordenação do cuidado dos usuários pela APS (BRASIL, 2014).

No Brasil, já houve várias tentativas de organizar a APS, sendo destaque a implantação da ESF, que propõe a reorganização das práticas de acordo com as características e a diversidade da população de cada local, conforme as seguintes diretrizes: territorialização

com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011; MENDES, 2015).

Na atual conjuntura, com modelo assistencial fragmentado e escassez de recursos financeiros que não suprem as demandas por atendimento no modelo biomédico, torna-se evidente a necessidade de mudança para um sistema integrado de assistência à saúde, que possibilite a integralidade da atenção e a efetividade dos serviços prestados. O outro fato é a predominância das doenças crônicas que não podem ser enfrentadas por um sistema voltado para as doenças agudas, com respostas reativas e curativas. A ideia de Rede é processo complexo que envolve a participação das pessoas e o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial (OPAS, 2010; LAVRAS, 2011). Segundo Lavras (2011), o SUS, assim como sistemas de saúde em outros países, apresenta-se como um sistema fragmentado, dificultando o acesso e gerando descontinuidade assistencial e comprometendo a integralidade do cuidado. Ante o exposto, a mudança do atual sistema de saúde é um processo que exige a qualificação do nível primário como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado, e não apenas como “porta de entrada”.

Sobretudo, para que a APS exerça seu papel de coordenadora do cuidado no SUS, se fazem necessários grandes investimentos partindo da adequação da estrutura física e tecnológica das unidades de saúde e até mesmo a construção de novas unidades, se necessário for; a valorização e adoção de programas de desenvolvimento profissional; melhora no processo gerencial e assistencial das unidades; implantação de protocolos clínicos para todas as unidades que integram a RAS e estímulo à gestão eficaz do cuidado em saúde, garantindo a integração das práticas profissionais e a continuidade da assistência. Por conseguinte, a APS responsabiliza-se pela atenção integral à saúde de seus usuários, ofertando ações de saúde a nível individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais, voltando a abordagem do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer ponto de atenção conforme sua necessidade no momento, ordenando o funcionamento da RAS (MENDES, 2015).

Paralelo ao exposto anteriormente, cumpre destacar que o conjunto de ações em saúde desenvolvidos na APS é de caráter multidisciplinar<sup>6</sup>, e a institucionalização dos saberes e sua

---

<sup>6</sup> Que contém, envolve, distribui-se por várias disciplinas e pesquisas.

organização em práticas ocorre pela conformação de núcleos e de campos. O núcleo demarca uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço sem limites delimitados no qual as diferentes profissões buscam apoio uma nas outras e assim efetivar a assistência à saúde. Essa é a missão da saúde coletiva enquanto campo do conhecimento, influenciar a transformação de saberes e práticas dos sujeitos, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral, na direção de uma APS efetiva (CAMPOS, 2000).

Tendo clara essa compreensão, de que a saúde coletiva deveria constituir-se na base de conhecimento para todas as disciplinas que integram a saúde pública, para que os profissionais possam interagir e agir com maior eficiência, isso de fato ainda não ocorre. Por esse motivo, identifica-se o profissional enfermeiro como a “peça-chave” na equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe Saúde da Família (eSF), visto que sua presença ocorre em todas as etapas que envolvem o cuidado direto, além da participação no planejamento e gestão da assistência à saúde. Seu trabalho é de extrema relevância na direção da integralidade da atenção, sendo presença marcante nos momentos assistenciais entre a população e os serviços de saúde, executando a consulta de enfermagem, o acolhimento, as imunizações, a educação em saúde, visita domiciliar, entre outros (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). Dessa maneira, a interprofissionalidade é um dos elementos primordiais na APS e, conseqüentemente na rede, sendo que, a partir da troca de saberes e fazeres entre as profissões polariza-se o movimento da educação permanente e consolidação de um novo modelo de atenção.

### 3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO E NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A atuação do enfermeiro perpassa as diversas dimensões do cuidado, a organização e planejamento do processo de trabalho, o controle do trabalho em equipe e a coordenação na atuação em rede com equipes multiprofissionais. É evidente que a gestão faz parte do cuidado e precisa ser desenvolvida ao encontro das necessidades de saúde, efetivando as práticas de cuidado no sentido de satisfazer a integralidade da assistência (GAVALOTE et al., 2016).

Considerando a complexidade do processo de trabalho em saúde e os princípios fundamentais estabelecidos pelo Código de Ética de Enfermagem, que define a Enfermagem como profissão dedicada com a produção e gestão do cuidado, observando os diferentes contextos e necessidades da pessoa, família e coletividade. O cuidado é prática inerente à

profissão da enfermagem, se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas (COFEN, 2017).

Observada essa conjuntura, o enfermeiro, profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos emerge no cenário da prática por suas habilidades interativas e associativas, com capacidade de atender o indivíduo na sua integralidade. Assim, a atuação deste, ultrapassa a aplicação de conhecimentos técnicos e assistenciais e se volta a perceber as interações coletivas e sociais de todos os que estão envolvidos no processo de saúde (BRASIL, 2018b).

Com foco no cuidado ao ser humano, e diante da possibilidade de transitar em diferentes campos do conhecimento, o trabalho do enfermeiro tem a prerrogativa de construir reflexões interdisciplinares e promover a construção de estratégias de prevenção, promoção, tratamento e recuperação de agravos (COFEN, 2017). Nessa perspectiva, o processo de trabalho da enfermagem na RAS se organiza em quatro dimensões principais: cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, as quais se articulam tendo cada qual seu próprio instrumento ou meio, coexistindo ou não em um mesmo momento ou instituição, e torna a atuação do enfermeiro essencial para o funcionamento do sistema de saúde (SOUSA; MACHADO, 2017).

Nas instituições que compreendem o nível secundário e terciário de atenção à saúde, as ações de enfermagem exigem conhecimentos teóricos e práticos de forma a fundamentar e habilitar o desenvolvimento das atividades, uma vez que se caracterizam por diferentes níveis de complexidade, voltadas para o tratamento e reabilitação do indivíduo, embora também se trabalhe a prevenção da doença e promoção da saúde. No nível primário, as ações do enfermeiro são dirigidas ao indivíduo, família e comunidade, com o objetivo de garantir assistência integral desde a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde em todas as fases da vida (PRESOTTO et al., 2014; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

Na dimensão assistencial, as necessidades de cuidado de enfermagem requeridas pelo paciente caracterizam-se como objeto de trabalho, que tem como finalidade promover um cuidado de qualidade, integral e ético. A dimensão gerencial tem o foco na organização do trabalho e nos recursos materiais, físicos e humanos de enfermagem, com o propósito de adequar as condições para uma assistência organizada, segura e de qualidade. A dimensão ensinar contempla tanto a perspectiva acadêmica quanto a assistencial, por meio da educação permanente em serviço. Já a dimensão pesquisar tem como objeto o saber e suas lacunas, com

objetivo de descobrir novas e aprimoradas formas de atuar sobre o processo de trabalho (PRESOTTO et al., 2014).

Esses processos trazem como resultado novos conhecimentos, que podem ser empregados para compreender e modificar o trabalho. Tal concepção aborda o movimento que apresenta relação direta com a PBE, que contempla em seu conceito principal a incorporação de resultados de pesquisas à prática clínica como estratégia no aumento da qualidade do cuidado de saúde e a melhoria dos resultados dos pacientes (PRESOTTO et al., 2014). Entretanto, o processo de trabalho da enfermagem, independente do nível de atenção, não pode ser visto apenas como um conjunto de técnicas, ele é muito mais amplo e abrange questões subjetivas tais como paciência, sensibilidade, ética, boa vontade, que se configuram em estratégias fundamentais para se prestar uma assistência em saúde de qualidade (GAVALOTE et al., 2016).

Nessa direção, a gestão do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro, nos diferentes contextos de atuação, utilizado para caracterizar, em especial, as atividades dos enfermeiros visando à realização de melhores práticas de cuidado por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos necessários para assistência e da articulação entre os profissionais da equipe de saúde visando uma atuação mais harmoniosa (SANTOS et al., 2013).

Entretanto, devido ao acúmulo do exercício de funções gerenciais e assistenciais, tais funções ficam comprometidas. O enfermeiro deve ser o articulador dentro da equipe e seu trabalho deve ser o de organizador do cuidado. Desta forma, o pleno desenvolvimento das atividades gerenciais do processo de trabalho precisa de dedicação exclusiva, o que se torna um desafio à gestão ao qual o mesmo se encontra vinculado, mas que certamente contribuiria para o pleno exercício da função, com uma melhor administração, gerenciamento, liderança e tomada de decisões (SANTOS et al., 2013).

Nesse cenário, o trabalho da enfermagem adquire visibilidade a partir de práticas que tem buscado inovação como a implantação da política de humanização e suas diretrizes: o acolhimento, a clínica ampliada e compartilhada, gestão participativa e cogestão, ambiência, entre outras; busca romper o modelo centrado na atenção curativista e tarefeira, para um modelo no qual se desenvolva ações centradas na pessoa, família e comunidade com vistas à integralidade da atenção (SOUSA; MACHADO, 2017).

Diante do exposto, evidencia-se que as responsabilidades do enfermeiro no seu contexto de trabalho vão além da assistência, ou seja, englobam também as ações de

gerenciamento que compreendem a organização e o planejamento de recursos físicos, humanos, materiais e a estruturação com a finalidade de obter condições adequadas de assistência e de trabalho (PRESOTTO et al., 2014). Em qualquer cenário da prática e em qualquer nível de atenção, a prática da enfermagem contribui na proposta por um novo modelo assistencial, não mais centrado na clínica e na cura, mas, sobretudo, na integralidade do cuidado e na promoção da qualidade de vida do indivíduo (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

### 3.4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: MOVIMENTO PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS E DO MODELO ASSISTENCIAL

A Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de Agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) possui como base metodológica a articulação entre a gestão, assistência e participação popular, incorporando os trabalhadores como sujeitos reconhecidos nas necessidades de modificação do cenário em saúde, ou seja, deve abarcar o conceito de EPS e articular as necessidades e capacidades resolutivas dos serviços de saúde, os potenciais dos profissionais e a gestão social, em consonância com o SUS e de acordo com as necessidades reais da população (BRASIL, 2009; VENDRUSCOLO et al., 2016).

Conceitua-se a EPS como processo de aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano de trabalho nas organizações e ancora-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de qualificação e transformação das práticas profissionais, dado que se constrói a partir dos problemas enfrentados, considerando o conhecimento e as experiências dos profissionais (BRASIL, 2009). Nesse sentido, é notória a diferença entre a EPS e a capacitação, haja vista que, a capacitação pode ser uma estratégia educativa isolada que visa à melhoria do desempenho pessoal, enquanto que a EPS é uma estratégia educativa que além da mudança pessoal, suas ações abrangem uma mudança institucional (ANDRIGUE; TRINDADE; AMESTOY, 2017).

Entende-se neste contexto de entrelaçamento teórico entre referenciais de educação em saúde e de gestão dos serviços de saúde, que a educação pretendida para esta possibilidade deve permitir reflexões e não simples aquisições. Voltada à construção de autonomia do sujeito, é que encontra-se em Paulo Freire, um referencial que subsidia a reflexão sobre questões pontuais nos processos de educação, entendendo que neste processo há uma

complementariedade de saberes e não somente o repasse unilateral de conteúdos (FREIRE, 2017).

No entanto, considera-se a EPS uma estratégia a ser consolidada, visto que em estudo realizado por Vendruscolo et al (2016) sobre a inserção da universidade no “quadrilátero da formação”<sup>7</sup>, identificou algumas fragilidades como pouca participação da gestão e do controle social em atividades de EPS desenvolvidas em uma macrorregião, bem como a carência de investimentos no desenvolvimento da Política. Além disso, há de se rever a metodologia de aprendizagem utilizada, centrada no “modelo escolar”, ou seja, na qual o conhecimento é repassado e não problematizado, para uma metodologia ativa, problematizadora, que considera as experiências dos sujeitos e a realidade em que está inserido, sendo que o conhecimento é construído a partir da reflexão do coletivo o que possibilitará uma mudança da realidade (FREIRE, 2011).

Nesse contexto, a EPS no serviço se converte em uma ferramenta dinamizadora e mais apropriada para fomentar uma mudança institucional, pois facilita a compreensão e reflexão na ação, o trabalho em equipe, a capacidade de gestão e transformação dos processos de trabalho locais e a prática profissional (ANDRIGUE; TRINDADE; AMESTOY, 2017). Dessa forma, considera-se importante a adoção de ações educativas pelas instituições voltadas aos profissionais da saúde e seus contextos de trabalho, de modo participativo e reflexivo, provocando mudanças nos cenários de prática e um reflexo positivo na qualidade da assistência à saúde prestada (BRASIL, 2009).

As mudanças nas práticas de saúde são um desafio aos gestores e profissionais. Construir uma relação entre o gerir processos e gerir pessoas demanda um exercício constante de ação-reflexão-ação, encontrar o equilíbrio para oferecer ao usuário do serviço práticas de saúde seguras e cientificamente respaldadas e oportunizar aos profissionais desses serviços momentos de construção coletiva (ANDRIGUE; TRINDADE; AMESTOY, 2017; FREIRE, 2017).

Ante o exposto e corroborando com Melnyk e Fineout-Overholt (2011) pode se afirmar que não há fórmulas mágicas para a implementação das melhores práticas, que direcionem ou orientem a profissão da enfermagem rumo à PBE, mas sim, um conjunto de intervenções baseadas em estudos científicos, aliada a expertise do profissional e a vontade do indivíduo que será capaz de provocar a melhor resposta possível diante de uma determinada

---

<sup>7</sup> Entende-se por quadrilátero da formação a integração ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

situação. Esse contexto pode e deve ser mediado pelo processo de EPS, adotando metodologias ativas que facilitem à reflexão-ação crítica da realidade.

### 3.5. AS MELHORES PRÁTICAS NA ENFERMAGEM: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO

A importância da atuação do enfermeiro conforme Ferreira, Périco e Dias (2017), está vinculada, especialmente, ao seu perfil de liderança e capacidade do olhar macro para os processos de trabalho, nas dimensões humanísticas e no trabalho multidisciplinar. Acrescenta-se a isso, os resultados de um estudo sobre as práticas do enfermeiro realizado por Barbiani, Dalla Nora e Schaefer (2016) que identificaram eixos temáticos de atuação sendo as práticas no serviço e na comunidade, as práticas de gestão e formação caracterizadas por ações de coordenação, gerenciamento do serviço e de pessoal, previsão e provisão de material para o serviço, apoio administrativo e educação continuada e ou permanente.

Diante disso, as mudanças no contexto saúde-doença e perfil epidemiológico da população bem como as exigências do sistema de saúde por resultados satisfatórios e de qualidade na assistência à saúde, desafiam o enfermeiro a buscar novas alternativas que respondam as questões de saúde postas na atualidade. Nesse percurso, identificam-se lacunas relacionadas a dois níveis interligados que interferem diretamente no exercício profissional do enfermeiro, a saber, a falta de domínio de novas tecnologias de gestão do cuidado que orientam a organização do processo de trabalho, e o segundo nó crítico refere-se à défcits na formação, percebidos na fragilidade em problematizar o saber e o fazer profissional à luz de novas referências conceituais e metodológicas (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Nesse sentido, várias iniciativas emergem para suprir essas lacunas, especialmente, relacionadas ao processo de formação, como programas de Residência em Enfermagem e Mestrados Profissionais, com diversos focos de atenção e direcionamento para a prática avançada em enfermagem nos cenários de atuação. Essas iniciativas visam ampliação do escopo profissional dos enfermeiros, estimulando o trabalho interprofissional nos diferentes níveis de atenção à saúde, com alta resolutividade e que, para tal, precisa se alicerçar na busca da produção científica, no estímulo a pesquisa e no consumo do que está sendo produzido em nível de informação e conhecimento na área da saúde, instrumentalizando e consolidando a prática profissional do enfermeiro (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

A incorporação da PBE pelo enfermeiro desde sua formação, desperta habilidades específicas, voltadas à identificação de problemas do cotidiano e à busca por evidências científicas para embasar a tomada de decisões, atendendo as necessidades do paciente e da sociedade. Esse é um avanço significativo para a profissão, que não pode mais pautar sua conduta clínica em rituais, opiniões infundadas, práticas tradicionais e experiência clínica não sistematizada. Desse modo, a PBE é considerada uma ferramenta que instiga os enfermeiros a realizar uma melhor prática, na gestão ou no cuidado à saúde (GAVALOTE et al., 2016).

Corroborando com o exposto acima, convém resgatarmos as melhores práticas como possibilidade de atender e fortalecer os princípios do SUS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera uma “melhor prática” aquela definida como técnica ou metodologia que, por meio da experiência ou da investigação, possui confiabilidade comprovada para produzir um bom resultado (OMS, 2008). No âmbito dos programas e serviços de saúde, consiste no conhecimento sobre aquilo que funciona em situações e contextos específicos, com a utilização racionada de recursos para atingir os resultados desejados, e que pode ser replicada em outras situações ou contextos (OMS, 2008; IOWA, 2019).

Os enfermeiros entendem que, para que melhores práticas aconteçam nos serviços de saúde, estes precisam prover condições para que o profissional esteja em constante atualização científica e que isso seja parte de sua rotina de trabalho, tanto quanto as atividades de cuidado (ÁLVAREZ; MOROLLÓN, 2016). Como complemento deste momento da pesquisa, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre o movimento da PBE e sua incorporação na enfermagem brasileira e mundial.

### 3.6 PRODUTO CIENTÍFICO I - DISPOSITIVOS E ESTRATÉGIAS PARA ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA CONTEMPORANEIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA<sup>8</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** revisar a literatura contemporânea sobre a Enfermagem Baseada em Evidências, oferecendo elementos à reflexão sobre os aspectos que permeiam as ações de cuidado na rede de atenção à saúde. **Método:** revisão integrativa da literatura, com busca de artigos publicados entre os anos de 2011 e 2017, na Biblioteca Virtual em Saúde e CINAHL. **Resultados:** foram encontrados 1335 estudos, dos quais 23 atenderam aos critérios de inclusão. Da análise resultaram duas categorias, observando o contexto dos cuidados realizados na rede de atenção: dispositivos que fomentam a prática com base em evidências científicas e estratégias educativas como ferramenta para a prática do cuidado. **Conclusão:** a análise dos estudos mostrou importantes avanços quanto ao desenvolvimento e utilização de pesquisas científicas na prática profissional do enfermeiro, o que demonstra potencial para transposição da divisão entre pesquisa e cuidado, com vistas à autonomia e a qualidade de sua práxis.

**Descritores:** Enfermagem Baseada em Evidências. Prática Clínica Baseada em Evidências. Prática de Saúde Pública. Sistemas de Saúde. Assistência à Saúde.

#### INTRODUÇÃO

A Enfermagem surge no início do século XIII, como trabalho das religiosas que realizavam cuidado aos enfermos, de maneira caridosa e revestida pela filosofia do amor, sem, no entanto, assegurar o suporte do conhecimento científico, para fundamentar as práticas de cuidado. Essa concepção permaneceu hegemônica, até que Florence Nightingale se destacou por seu trabalho pioneiro, durante a Guerra da Criméia, dedicando-se ao cuidado de soldados feridos, a partir do reconhecimento de elementos relevantes no processo de adoecimento e morte, como as más condições de higiene, a falta de utensílios para o preparo de comida e médicos com sobrecarga de trabalho (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011). Ela idealizou uma profissão fundamentada em reflexões e conhecimentos científicos, com a incorporação de saberes à práxis, na direção da possibilidade de agir a partir da reflexão, a fim de transformar a ação anterior, logo, promover mudanças. A partir de 1970, ocorreram importantes avanços científicos que se concentraram, especialmente, na área acadêmica e que, gradativamente, foram incorporados à prática, transformando os enfermeiros em agentes de qualificação do sistema de saúde, e expandindo seu papel para outros

---

<sup>8</sup> O manuscrito da Revisão Integrativa da Literatura encontra-se submetido à periódico, em análise, e conta com os co-autores: Enf<sup>a</sup> Mestranda Mônica Ludwig Weber, Dra. Carine Vendruscolo, Dra. Edlamar Kátia Adamy, Dra. Lucimare Ferraz, Dra. Elisangela Argenta Zanatta e Enf<sup>a</sup> Mestranda Tavana Liege Nagel Lorenzon.

territórios, mediante habilidades e conhecimentos avançados e competências diferenciadas (KAMEI et al., 2017).

Historicamente, iniciou na Inglaterra na década de 70, um movimento na direção da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se fundamenta na habilidade prática aliada à preferência do usuário e que integra as melhores evidências científicas para a realização do cuidado (OKUNO; BELASCO; BARBOSA, 2014). Esse movimento teve forte influência da área médica, sendo aos poucos incorporado por outras especialidades. Com tais direcionamentos, a enfermagem agregou o conceito por entender que a prática da Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) pode ser uma ferramenta útil ao desenvolvimento da profissão, pois perpassa as diversas dimensões do cuidado, a organização e planejamento do processo de trabalho e da equipe e a coordenação no trabalho em rede, com abordagem multiprofissional (GAVALOTE et al., 2016).

A EBE requer habilidades específicas dos profissionais, voltadas à identificação de problemas do cotidiano e à busca por evidências científicas que respondam, de maneira satisfatória, a essas questões. Esse conceito não pauta a tomada de decisões em rituais, opiniões infundadas, práticas tradicionais e experiência clínica não sistematizada, mas destaca a adoção da decisão clínica criteriosa, com base nas evidências mais relevantes, produzidas a partir de pesquisas e que atendam as necessidades do usuário e da sociedade. Por isso, a EBE é considerada uma ferramenta que instiga os enfermeiros a realizar a melhor prática, na gestão ou no cuidado ao usuário e coletividades (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011; GAVALOTE et al., 2016).

Como instrumento de inovação no âmbito da EBE, emerge a Enfermagem de Prática Avançada (EPA), como possibilidade para a melhoria da atenção à saúde. Tendo iniciado no Canadá e Estados Unidos da América, mais recentemente, foi implantada em países como Alemanha, Austrália, Nova Zelândia e outros, causando impacto na legislação e na regulação profissional, além de transformar os cenários de prática e de formação em enfermagem (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2017; MIRANDA-NETO et al., 2018). A EPA está associada ao aumento e melhoria da cobertura e acesso dos usuários aos serviços de saúde e relacionada à altos índices de satisfação em relação aos cuidados prestados por esses enfermeiros (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2017).

O Brasil por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) vem demonstrando interesse em discutir e adotar essa estratégia para o fortalecimento da força de trabalho da enfermagem. O relatório de avaliação da área de enfermagem de 2017 destaca a expansão dos mestrados profissionais, aprovados no período

de 2011-2016, com percentual de 156%, estratégia voltada a qualificação de enfermeiros inseridos no cenário das práticas (BRASIL, 2017). A incorporação das Práticas Avançadas pelos enfermeiros depende das atitudes desses profissionais, das instituições e dos processos de trabalho das equipes de saúde. Igualmente, aprimorar as ações em saúde baseadas em evidências implica não somente numa postura isolada dos profissionais de saúde, mas também no apoio e incentivos dos serviços de saúde, com ambiente de trabalho que propicie e priorize espaços para momentos de trocas de conhecimentos entre os profissionais (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Numa perspectiva de ampliar o arcabouço teórico no campo da Enfermagem de Prática Avançada, o objetivo deste estudo foi de revisar a literatura contemporânea sobre a Enfermagem Baseada em Evidência, oferecendo elementos à reflexão sobre os aspectos que permeiam as ações de cuidado na rede de atenção à saúde, com vistas à sua qualificação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A pesquisa foi orientada a partir da questão: qual o perfil e as características dos estudos contemporâneos sobre a Enfermagem Baseada em Evidência? Adotou-se um instrumento, previamente, construído e validado, seguindo as etapas: identificação da questão de pesquisa, validação do protocolo, seleção e extração dos dados, validação da seleção e extração dos estudos, análise e interpretação dos dados, apresentação e discussão dos resultados (ZOCHE et al., 2018).

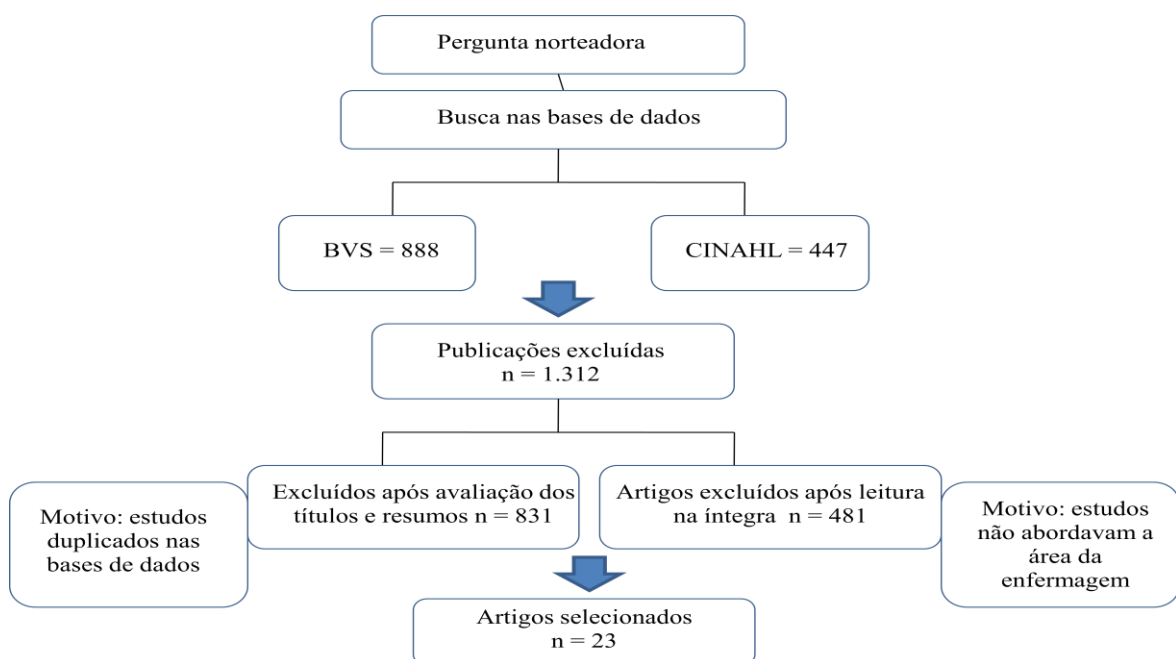
As buscas foram realizadas *online* em Dezembro de 2017, por meio de consulta na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL), escolhidas por tratar-se de bases que disponibilizam vasto acervo da área de interesse. Foram utilizados os descritores controlados: “enfermagem baseada em evidências”; “prática clínica baseada em evidências”; “prática de saúde pública”; “sistemas de saúde” e “assistência à saúde”. Todos os descritores foram combinados entre si utilizando-se o operador booleano AND, sem aspas.

Os critérios de inclusão remetem aos artigos científicos, cujo eixo central da pesquisa são as práticas de EBE, disponíveis online, de forma gratuita, publicados entre 2011 e 2017 e nos idiomas português, inglês e espanhol. O intervalo temporal estabelecido justifica-se por tratar-se de uma temática atual, cujas discussões estão evoluindo com rapidez. Desse modo, optou-se por analisar estudos publicados nos últimos seis anos. Excluíram-se os estudos

duplicados nas bases de dados, os que não abordavam a temática como eixo central, cartas, resenhas, editoriais, revisões integrativas e sistemáticas, monografias, dissertações e teses. A amostra foi composta por 1335 estudos, sendo 888 na BVS e 447 na CINAHL, conforme a aplicação dos descritores, em pareamento.

Utilizou-se para a coleta, agrupamento e análise dos trabalhos, um quadro sinóptico, com vistas a identificar a procedência e o tipo de estudo, o objetivo da pesquisa, a metodologia e referenciais teóricos utilizados e o desfecho (ZOCCHÉ et al., 2018). Foi necessária a leitura dos títulos e resumos para identificar o panorama genérico das publicações e, por fim, a leitura dos artigos na íntegra para selecionar os que se aproximam do objetivo proposto. Mediante exclusão de 1.312 trabalhos, foram analisados 23 estudos que atenderam aos critérios estabelecidos. A Figura 1 exibe o fluxograma das etapas metodológicas que compuseram a revisão integrativa para a seleção dos artigos encontrados.

**Figura 1-** Fluxograma das etapas metodológicas de seleção dos manuscritos. Chapecó, Santa Catarina, Brasil – 2017



Fonte: elaboração própria.

Definidos os trabalhos selecionados, procedeu-se a captura e leitura dos textos completos, o que permitiu sistematizar os principais achados em torno de categorias de acordo com o foco do estudo. As informações foram discutidas com base em aportes teóricos que sustentam a qualificação do cuidado de enfermagem nas redes de atenção à saúde.

Por se tratar de uma revisão integrativa de literatura, não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como participantes do estudo, por isso não houve necessidade de aprovação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas. No entanto, destacamos que as informações passaram pela revisão por pares para atestar a confiabilidade dos resultados, a fim de garantir o rigor científico exigido em pesquisas dessa natureza.

## RESULTADOS

Dos 23 manuscritos selecionados, o maior quantitativo de artigos foi proveniente dos Estados Unidos da América (EUA) ( $n = 11$ ), seguido pelo Canadá ( $n = 3$ ) e Brasil ( $n = 2$ ). Os demais estudos ( $n=7$ ) provêm um de cada dos seguintes países: Inglaterra, Equador, Colômbia, Portugal, Catar, Singapura e Polônia. Em relação ao ano de publicação, destaca-se 2015 ( $n=7$ ) e 2017 ( $n=5$ ), seguidos por 2014 ( $n=4$ ); 2016 ( $n=3$ ); 2012 e 2013 ( $n=2$ ). Quanto ao tipo de estudo, a maioria são descritivos ( $n=19$ ), dentre eles, estudos avaliativos, exploratórios, correlacionais, transversais e retrospectivos; seguidos por artigos de reflexão ( $n=2$ ), pesquisa convergente assistencial ( $n=1$ ) e estudo de coorte ( $n=1$ ). Todos os artigos selecionados se enquadram na abordagem metodológica qualitativa.

Quanto à área das revistas, 20 estudos foram publicados em revistas específicas da enfermagem e três em revistas abrangentes da área das ciências da saúde. Após a leitura na íntegra, os artigos foram organizados conforme o Quadro 1.

**Quadro 1** – Artigos incorporados à revisão integrativa, publicados de 2011 a 2017, Brasil, 2018 (Continua)

<b>Título</b>	<b>Ano/ País</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Objetivos</b>
Gestión de La calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria <sup>(MOLINA MULA et al., 2016)</sup>	2015/ Equador	Descritivo, observacional e transversal	Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, identificando os obstáculos para a implementação da PBE
Barriers and facilitators to evidence-based nursing in Colombia: perspectives of nurse educators, nurse researchers and graduate students <sup>(DEBRUYN; OCHOA-MARIN; SEMENIC, 2014)</sup>	2014/ Colômbia	Descritivo	Identificar e descrever as percepções de pesquisadores, educadores e estudantes de pós-graduação de enfermagem sobre as barreiras e os facilitadores da EBE em Medellín, na Colômbia

Adaptation of a Best Practice Guideline to Strengthen Client-Centered Care in Public Health <sup>(ATWHAL et al., 2014)</sup>	2014/ Canadá	Descritivo	Descrever o processo de adaptação do Guia de Melhores Práticas para o Cuidado Centrado no Cliente.
Tobacco-cessation Interventions and Attributes of individual and organizational Excellence Acute Care <sup>(HEATH et al., 2017)</sup>	2017/ EUA	Descritivo e correlacional	Identificar as relações entre a estrutura, os atributos individuais e organizacionais, para integrar as intervenções de cessação do tabagismo como padrão de prática diária do enfermeiro
Interdepartmental Collaboration for Evidence-based Practice <sup>(SPIVA; CARAMANICA, 2017)</sup>	2017/ EUA	Descritivo	Descrever o desenvolvimento de um kit de ferramentas para apoiar uso da PBE na prática profissional de enfermagem em hospitais.
Promoting Evidence-Based Care through Nursing Order Sets <sup>(WILSON; BAJNOK; COSTA, 2015)</sup>	2015/ Canadá	Reflexão	Documentar características e benefícios percebidos pela enfermagem na implantação de Guias sobre as Melhores Práticas.
Good Nursing Practices in the Intensive Care Unit: Care Practices During and After Blood Transfusion <sup>(SOUZA et al., 2014)</sup>	2014/ Brasil	Pesquisa Convergente Assistencial	Construir um instrumento de boas práticas de cuidado a pacientes durante e após a transfusão sanguínea.
Toward Meaningful Care Plan Clinical Decision Support: Feasibility and Effects of a Simulated Pilot Study <sup>(KEENAN et al., 2017)</sup>	2017/ EUA	Descritivo	Comparar grupos experimentais na utilização de ferramenta de apoio às decisões clínicas sobre a adoção de melhores práticas e planejamento de cuidados.
Effects of the implementation of a breastfeeding best practice guideline in a Canadian public health agency <sup>(REMPEL; MC CLEARY, 2012)</sup>	2012/ Canadá	Coorte	Implementar um guia de melhor prática de amamentação
Evidence-based nursing education: Effective use of instructional design and simulated learning environments to enhance knowledge transfer in undergraduate nursing students <sup>(ROBINSON; DEARMON, 2013)</sup>	2013/ EUA	Descritivo	Aplicar o modelo de análise, projeto, desenvolvimento, implementação, avaliação sobre o uso da simulação em educação de enfermagem.

Transcultural Adaptation of Best Practice Guidelines for Ostomy Care : Pointers & Pitfalls <sup>(QADER; KING, 2015)</sup>	2015/ Catar	Descritivo, Avaliativo	Avaliar a relevância das diretrizes de ostomia norte-americana no contexto cultural do Oriente Médio.
Employing e-health in the palliative care setting to manage pressure ulcers <sup>(RAFTER, 2016)</sup>	2016/ Inglaterra	Descritivo	Descrever os benefícios de um serviço de Telemedicina para auxiliar na prevenção de úlcera por pressão em pacientes terminais
Research in brief - Mental representation of nurses in their adoption of an innovative Wound Clinical Decision Support System in Singapore <sup>(KHONG, 2015)</sup>	2015/ Singapura	Descritivo	Entender como a representação mental na tomada de decisão da enfermeira afeta sua adoção do sistema de apoio a decisão clínica sobre feridas
American Academy of Nursing: Improving health and health care systems with advanced practice registered nurse practice in acute and critical care settings <sup>(TRACY et al., 2014)</sup>	2014/ EUA	Descritivo analítico	Resumir a política que destaca o papel central das Enfermeiras de Prática Avançada.
Findings From a Pilot Study: Bringing Evidence-Based Practice to the Bedside <sup>(FRIESEN et al., 2017)</sup>	2017/ EUA	Descritivo	Avaliar um projeto piloto de demonstração destinada a avaliar uma educação baseada em evidência para enfermeiros.
Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults <sup>(TAVARES et al., 2015)</sup>	2015/ Portugal	Transversal	Analisar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre síndromes geriátricas comuns nos hospitais portugueses; avaliar a percepção sobre o suporte educacional hospitalar.
Capturing Key NANDA-I Nursing Diagnoses From Actual Clinical Data for Patients With Heart Failure <sup>(PARK; TUCKER, 2017)</sup>	2017/ EUA	Descritivo retrospectivo	Identificar os principais diagnósticos de enfermagem usando NANDA-I para pacientes com insuficiência cardíaca.
Promoting Adherence to Skin Care Practices Among Patients Receiving Radiation Therapy <sup>(BAUER; LASZEWSKI; MAGNAN, 2015)</sup>	2015/ EUA	Descritivo	Otimizar a adesão do paciente às recomendações da Enfermagem Oncológica na prática para cuidados com a pele durante a terapia de radiação.
Public Health Interventions for School Nursing	2016/ EUA	Descritivo	Investigar o uso de intervenções dos enfermeiros escolares pela Roda de Intervenção de Saúde Pública,

Practice <sup>(SCHAFER; ANDERSON; RISING, 2016)</sup>			modelo para prática de saúde pública.
Impact of Online Education on Nurses' Delivery of Smoking Cessation Interventions With Implications for Evidence-Based Practice <sup>(BIALOUS et al., 2017)</sup>	2017/ Polônia	Descritivo	Avaliar a viabilidade de um programa on-line para educar os enfermeiros sobre intervenções de cessação tabágica baseadas em evidências para pacientes.
Construção e validação de um módulo educativo virtual para terapia tópica em feridas crônicas <sup>(RABEH et al., 2012)</sup>	2012/ Brasil	Descritivo	Produção e validação de um módulo educativo para terapia tópica em feridas crônicas a ser ministrado em ambiente virtual de aprendizagem a estudantes de enfermagem.
A Model Program of Community-Based Supports for Older Adults at Risk of Nursing Facility Placement <sup>(STEVENS et al., 2015)</sup>	2015/ EUA	Descritivo	Descreve a implementação de um programa de viver comunitário e apresenta descobertas sobre importantes indicadores de saúde e bem-estar.
The Future of Geriatric Oncology Nursing <sup>(BOND; BRYANT; PUTS, 2016)</sup>	2016/ EUA	Descritivo	Destacar as principais iniciativas educacionais, questões de prática clínica e áreas de pesquisa para melhorar o atendimento de idosos com câncer.

Fonte: elaboração própria, 2018.

## DISCUSSÃO

A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias analíticas expressas nos resultados, com base nos desfechos e resultados dos 23 artigos selecionados.

### *Categoria 1: Dispositivos que fomentam a prática com base em evidências científicas*

Ao pensar-se na EBE, o que se almeja, é que, com o aumento da produção de conhecimentos, haja impacto na prática assistencial que, ainda, permanece centrada no desenvolvimento de tarefas. Com base em tal reflexão, potencialidades e fragilidades encontradas na implementação da prática de EBE são, frequentemente, problematizadas nos estudos (MOLINA MULA et al., 2016; DEBRUYN; OCHOA-MARIN; SEMENIC, 2014). O aumento de enfermeiros que buscam a formação avançada, o acesso à investigação internacional e de redes de colaboração em investigação resultam na união de esforços entre

as instituições de saúde e de ensino. Ainda, os estudos sinalizam para o reconhecimento limitado da enfermagem como uma profissão autônoma, a falta de incentivos por parte dos gestores para educação permanente e pesquisa científica, a indisponibilidade e a utilização superficial e inadequada da evidência em enfermagem no cotidiano assistencial, além da falta de comunicação entre a academia e os meios de prática clínica (DEBRUYN; OCHOA-MARIN; SEMENIC, 2014; ATWHAL et al., 2014). Os autores defendem a implementação efetiva da prática de EBE como uma necessidade para qualificar e ampliar o acesso à saúde, sinalizando a avaliação constante dessas práticas para a publicização de resultados, além da avaliação dos usuários quanto ao cuidado que lhes foi prestado, com vistas a resolutividade da assistência (MOLINA MULA et al., 2016; ATWHAL et al., 2014).

Nessa perspectiva, percebe-se que as afinidades e competências da pesquisa científica e sua aplicação no contexto de trabalho devem ser desenvolvidas ainda no espaço acadêmico, instrumentalizando o futuro profissional, desde a graduação (SILVA et al., 2015). A aproximação das pesquisas ao trabalho, em grande medida fomentada pela integração ensino-serviço, contribui para provocar o julgamento crítico frente às demandas operacionais, isso sem contar a possibilidade de congregar inovações e tomadas de decisões mais seguras aos problemas vivenciados no cotidiano do processo laboral.

A conduta clínica de enfermagem, como dispositivo pautado em evidências, está presente em um estudo que aborda a importância do apoio e incentivo ao vínculo precoce dos pais com recém-nascidos prematuros, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (PURDY et al., 2017). As UTIN são ambientes complexos, que envolvem cuidados ao paciente crítico e, devido a adoção de inúmeros procedimentos invasivos, restringem o acesso e contato da família com o usuário. A equipe de enfermagem, que permanece 24 horas com esse usuário, desenvolve vínculo e proximidade com a família, a partir do relacionamento emocional, o que os coloca em uma posição única para oferecer apoio psicossocial impactante a essas famílias estressadas (PURDY et al., 2017). Essa mesma perspectiva pode ser explorada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (Atenção Básica, no Brasil), visto que a enfermagem favorece o vínculo com as famílias, fomentando a longitudinalidade do cuidado (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

O diálogo e a capacidade argumentativa do enfermeiro também se destacam como dispositivos essenciais ao sucesso de suas intervenções (HEATH et al., 2017). Coerente com essa possibilidade, a adoção de tecnologias na prática de enfermagem é um campo promissor que necessita ser explorado pelos enfermeiros, com investimento na condução de pesquisas clínicas, metassínteses ou metanálises, a fim de identificar melhores estratégias e condutas

clínicas baseadas em evidências. Amparado em estudos que adotam metodologias confiáveis, a exemplo das revisões sistemáticas, o enfermeiro poderá ter mais êxito em suas condutas e na tomada de decisões, adaptando determinados achados para sua realidade e de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros e estruturais do serviço de saúde ao qual está vinculado. Nessa perspectiva, é primordial que o profissional seja perspicaz, dedicado e motivado na busca pelo saber. Quando o enfermeiro compreende o significado de contrapor a prática de enfermagem com a evidência científica, convertendo-se em um profissional crítico e reflexivo, as intervenções tornam-se mais efetivas (KAMEI et al., 2017).

Os estudos, de maneira geral, convergem em relação à aposta na EBE como base para o alcance da qualidade no atendimento ao usuário e que, portanto, merece ser implementada em todo sistema de saúde. Para isso, é consenso que existem fatores facilitadores, como o alinhamento que inclui atributos pessoais, organizacionais e contextuais; a liderança, como propulsora da mudança, com destaque aos tipos de líderes e suas atitudes e estratégias de liderança; a divulgação das melhores práticas; e as estruturas de apoio, como disponibilidade de recursos e de tempo (PEDROSA et al., 2015).

Estudos também abordam a importância da implantação de guias ou protocolos sobre as melhores práticas nos serviços de saúde, por tratar-se de dispositivo inovador para a crescente necessidade de tomada de decisão baseada em evidências, durante o cuidado (SPIVA; CARAMANICA, 2017; WILSON; BAJNOK; COSTA, 2015; SOUZA et al., 2014; KEENAN et al., 2017). No Brasil, pesquisadores e enfermeiros, construíram coletivamente, um instrumento de boas práticas de enfermagem à pacientes no período trans e pós-transfusional, em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (SOUZA et al., 2014). Esse tipo de tecnologia prioriza e organiza as ações de enfermagem na prática assistencial ao paciente crítico de UTI, a qual requer constante avaliação. Não obstante, é na construção de protocolos e diretrizes, que mais se evidencia a busca por evidências em diferentes saberes como nas melhores práticas sobre aleitamento materno, em protocolos para avaliação do uso da simulação em atividades de ensino em enfermagem e guias para revisão e adaptação de diretrizes para ostomias (REMPEL; MCCLEARY, 2012). A elaboração desses dispositivos também tem conquistado maior espaço no contexto da enfermagem, no entanto, os autores destacam que se restringem quase que, exclusivamente, à área hospitalar. Embora a EBE, no cenário brasileiro, ainda seja incipiente, se observa um crescimento de pesquisas tendo como referencial teórico ou abordando as suas estratégias metodológicas para pesquisas de qualidade baseada em evidência, donde se ressalta a importância do método para prática do profissional da enfermagem (PEDROSA et al., 2015).

Frente à tais elucidações, cumpre refletir que a criação e a utilização de dispositivos tecnológicos para a realização do cuidado em enfermagem é uma discussão que promove a ascensão e o desenvolvimento de diversos campos do conhecimento e provoca indagações quanto às contribuições destas transformações para a qualidade de vida das pessoas. Na presente discussão, considera-se a relevância dessa evolução, sem negligenciar a importância de conhecer-se a cultura e as necessidades do usuário, levando em consideração essa diversidade na construção de tais dispositivos, com vistas ao cuidado integral e resolutivo.

Estudo realizado na Inglaterra descreveu a implantação de um serviço de Telemedicina para assessorar enfermagem nos cuidados de prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes terminais. O êxito na utilização desse dispositivo deve-se à comunicação aprimorada que fortalece a prestação de serviços com base em evidências (RAFTER, 2016). O serviço de Telemedicina ascendeu, em especial, nos países desenvolvidos, no final do século XX e, nos últimos anos, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas e ao envelhecimento populacional, a prática vem sendo incorporada a nível mundial, inclusive no Brasil. O Programa Nacional de Telessaúde foi criado em 2007 e, atualmente, está presente em 23 Estados, oferecendo suporte as equipes da APS (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Em nível nacional destacam-se ainda, os componentes gerenciais que orientam o SUS, a fim de estabelecer boas práticas de gestão, nos processos de tomada de decisão fundamentados em estudos clínicos-epidemiológicos e ancorados em evidências. Essas práticas devem possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e levar os profissionais da enfermagem a questionarem os protocolos e redirecionarem as intervenções de acordo com a realidade local. Para tal, torna-se imprescindível o alicerce com base em evidências, a articulação entre gestão e assistência e o fomento à interlocução entre os enfermeiros da rede de atenção à saúde.

A expressão científica relacionada à EBE nos estudos reflete sobre o potencial que representa o crescente aumento dos programas de pós-graduação em enfermagem no Brasil e sua reverberação na produção científica da categoria profissional. Por conseguinte, implica em uma grande fonte de evidências para a prática clínica. Além disso, o incentivo ao desenvolvimento do raciocínio crítico e à geração de novas tecnologias e de métodos de pesquisa por meio dos mestrados profissionais resulta em dispositivos tecnológicos que produzem impacto em melhores e mais efetivas práticas, a fim de proteger e promover a saúde, prevenir doenças e qualificar o cuidado (MUNARI et al., 2014).

*Categoria 2: Estratégias educativas como ferramenta para a prática baseada em evidências*

A adoção de estratégias educativas em saúde, associadas a participação de equipes multidisciplinares, representa uma medida efetiva para se obter a transformação da prática na direção da resolutividade do cuidado, sobretudo, na APS. Diversos estudos corroboram com essa recomendação, visto que a educação permanente, aliada ao trabalho multidisciplinar e às evidências científicas favorece a obtenção de resultados positivos no cuidado de enfermagem (KHONG et al., 2015). Em países como Canadá, Estados Unidos da América e Inglaterra, enfermeiras especializadas que desempenham seu papel de forma autônoma, acompanhando e se responsabilizando clinicamente pelo manejo de pacientes no domicílio, obtêm resultados positivos e benéficos ao lançar mão de estratégias educativas. Observa-se, por exemplo, a redução de hospitalizações e visitas de urgência e o melhor controle dos níveis glicêmicos e lipídicos, promovendo melhor qualidade de vida para o paciente (KHONG et al., 2015).

No Brasil, aos poucos estão se ampliando as discussões no sentido de fomentar estratégias que favoreçam a adoção de práticas com fundamentação científica, com vistas a ampliar o rol de melhores práticas na enfermagem. Em um estudo desenvolvido em uma maternidade de referência no Amapá, buscou-se avaliar o impacto da implementação das PBE na assistência ao parto normal, por meio de estratégias educativas com profissionais, gestantes e acompanhantes. Como desfecho, houve aumento do número de partos normais (CORTES et al., 2018).

Os autores endossam uma nova categoria de trabalho, a EPA, que já é uma realidade nesses países, constituída por enfermeiros com formação de mestrado, os quais adquirem qualificação para o exercício de competências clínicas ampliadas (TRACY et al., 2014; FRIESEN et al., 2017). Nesse sentido, os trabalhos analisados elucidam que uma das principais atitudes do enfermeiro deve ser a busca contínua por aperfeiçoamento e o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ferramenta para seu empoderamento (TAVARES et al., 2015; PARK; TUCKER, 2017). A EPS contribui para a reorientação da formação profissional e repercute em mudanças positivas para a população que recebe orientações e educação por enfermeiros especializados (FRIESEN et al., 2017; BAUER; LASZEWSKI; MAGNAN, 2015; SCHAFFER; ANDERSON; RISING, 2016).

Outro aspecto relevante a ser considerado e que impacta em mudanças na prática é a capacitação online ou módulos educativos que facilitam o acesso às evidências por parte dos enfermeiros (BIALOUS et al., 2017; RABEH et al., 2012). Inovações tecnológicas como *softwares*, aplicativos, serviços de teleconsultoria, palestras online, minicursos, entre outros,

além de agregar eficiência e reduzir custos, tem o potencial de ampliar as ações dos profissionais de saúde e potencializar a integração dos serviços de saúde, favorecendo o cuidado integral e resolutivo (REMPEL; MCCLEARY, 2012).

Destaca-se a necessidade de haver uma liderança nos serviços de saúde, cenário em que o enfermeiro exerce papel de articulador, coordenador e facilitador do trabalho em equipe, o que predestina qualquer estratégia ou inovação ao sucesso (STEVENS et al., 2015; BOND; BRYANT; PUTS, 2016). Nessa direção, a atual Política Nacional de Atenção Básica apresenta a figura do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e, embora não assuma, subentende-se o reconhecimento dos profissionais da enfermagem, por serem, reconhecidamente, os que vêm desempenhando a liderança das equipes, historicamente, neste cenário (BRASIL, 2017; VENDRUSCOLO et al., 2016).

Como forma de reforçar o que se encontrou nos estudos, cumpre destacar a importância de movimentos que operem em benefício de uma educação interprofissional e problematizadora, durante e após a formação dos enfermeiros, para promover significados capazes de estimular processos contra-hegemônicos ao assistencialismo curativista, na direção da integralidade do cuidado à saúde (VENDRUSCOLO et al., 2016). A ascensão da EBE nessa perspectiva destaca a APS como uma carreira desejável aos enfermeiros que buscam desenvolver habilidades, em todos os níveis de cuidado. Tal direcionamento poderá ser mobilizador na ampliação de vagas e funções nítidas para a categoria profissional, com faixas salariais, moldando programas de pós-graduação e guiando planos de cargos e salários (CARPIO; BENCH, 2015). Considerados agentes de mudança para os cuidados de saúde, os enfermeiros desenvolvem habilidades como tecer parcerias com membros da comunidade e a mudança de cuidados de saúde, ambas reconhecidas como práticas avançadas e esse novo papel emerge em resposta a questões de saúde individual e políticas sociais de saúde (KAMEI et al., 2017).

Finalmente, vale lembrar que a utilização de resultados de pesquisas consiste em um dos pilares da PBE e, nessa direção, há um quantitativo considerável de enfermeiros que desenvolvem suas atividades na pesquisa, em âmbito acadêmico. Todavia, este perfil, gradativamente, vem sendo modificado, com a atuação, cada vez mais expressiva, dos enfermeiros no processo de ensino-aprendizagem e na pesquisa, desde a graduação (iniciação científica), pós-graduação (mestrados e doutorados) resultando em maior estímulo na busca de novos conhecimentos e da utilização de seus resultados (evidências) para a qualificação do cuidado.

As limitações do estudo estão expressas nos próprios critérios de inclusão e exclusão, pois o perfil dos estudos foi derivado apenas de pesquisas, sendo que futuras revisões podem explorar outras modalidades de trabalho. Embora estejam presentes na literatura nacional, as discussões e pesquisas sobre a prática de EBE se concentram em grandes centros e academias de maior tradição, o que indica a necessidade de aprofundamento da temática e a expansão dos estudos para as demais regiões do Brasil. Como continuidade do presente estudo, sugere-se a realização de uma análise aprofundada e crítica do material coletado, no seu aspecto teórico-epistemológico, mas, principalmente, em relação ao seu impacto para a resolutividade do cuidado de enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar 23 trabalhos, destaca-se a importância da temática para o aprimoramento do cuidado de enfermagem e sua permanente instrumentalização na busca, desenvolvimento e utilização de evidências em suas práticas, a fim de transpor a divisão entre a pesquisa e o cuidado, com vistas à sua maior autonomia e também ao fomento do protagonismo do usuário. Os achados elucidam a EBE como possibilidade de qualificação do cuidado e para maior resolutividade da atenção na rede de serviços, em seus mais diferentes pontos, com vistas à realização de melhores práticas de enfermagem, por meio de dispositivos e estratégias diversas. Portanto, também poderão subsidiar outras pesquisas e um consenso em relação às estratégias na gestão e no cuidado de enfermagem no âmbito dos sistemas de saúde, tendo como base as práticas de enfermagem orientadas por evidências científicas. Conclui-se que, livre de articulação com a pesquisa, por vezes, a produção do cuidado de enfermagem qualificado e resolutivo perde o sentido.

A pesquisa mostrou que o tema enfermagem baseada em evidências está presente na literatura contemporânea e, em certa medida, tem acompanhado e evoluído, no ensino e no trabalho da categoria profissional. No entanto, ainda há carência de estudos que aprofundem o impacto desses dispositivos e estratégias para a qualificação do cuidado e, por conseguinte, na saúde do usuário e comunidade.

## REFERÊNCIAS

ATHWAL, Lorraine et al. Adaptation of a Best Practice Guideline to Strengthen Client-Centered Care in Public Health. **Public Health Nurs**, v. 31, n. 2, p. 134-43, 2014. Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12059>>. Acess on: 16 Dec. 2018.

BAUER, Carole; LASZEWSKI, Pamela; MAGNAN, Morris. Promoting Adherence to Skin Care Practices Among Patients Receiving Radiation Therapy. **Clin J Oncol Nurs**, v. 19, n. 2, p. 196–203, 2015. Available from: <<https://cjon.ons.org/cjon/19/2/promoting-adherence-skin-care-practices-among-patients-receiving-radiation-therapy>>. Access in: 20 Apr. 2018.

BIALOUS, Stella et al. Impact of Online Education on Nurses' Delivery of Smoking Cessation Interventions with Implications for Evidence-Based Practice. **World views Evidence-Based Nurs**, v. 14, n. 5, p. 367–76, 2017. Available from: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12197>>. Access in: 21 Apr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Capes. **Relatório de Avaliação da Área de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Educação, 2017a. Disponível em: <<https://capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/relatorios-finais-quadrienal-2017/20122017-ENFERMAGEM-quadrienal.pdf>>. Access in: 12 Dec. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRYANT-LUKOSIUS, Denise et al. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2826, 2017. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en&nrm=iso)>. Access in: 12 Dec. 2018.

CARPIO, Carmen; BENCH, Natalia. The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay. Washington, **World Bank Publications**, 2015. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/634931468000893575/The-force-health-work-in-Latin-America-and-the-Caribbean-an-analysis-of-Colombia-Costa-Rica-Jamaica-Panama-Peru-e-Uruguai>>. Access in: 12 Dec. 2018.

CORTES, Clodoaldo Tentes et al. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e2988, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100304&lng=en&nrm=iso)>. Access in: 01 June 2018.

DEBRUYN, Rebecca; OCHOA-MARIN, Sandra Catalina; SEMENIC, Sonia. Barriers and facilitators to evidence-based nursing in Colombia: perspectives of nurse educators, nurse researchers and graduate students. **Invest. Educ. Enferm**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 9–21, 2014. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Access in: 06 Dec. 2018.

FRIESEN, Mary Ann et al. Findings From a Pilot Study: Bringing Evidence-Based Practice to the Bedside. **World views Evidence-Based Nurs.**, v. 14, n. 1, p. 22–34, 2017. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28079974>>. Access in: 20 Apr. 2018.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

HEATH, Janie et al. Tobacco-cessation Interventions and Attributes of individual and organizational Excellence Acute Care. **American Journal of Critical Care**, v. 26, n. 1, p. 53–62, 2017. Available from: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/26/1/53.full.pdf+html>>. Access in: 22 Dec. 2017.

KAMEI, Tomoko et al. Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2839, 2017. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100303](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100303)>. Access in: 16 Aug. 2018.

KEENAN, Gail et al. Toward Meaningful Care Plan Clinical Decision Support: Feasibility and Effects of a Simulated Pilot Study. **Nurs Res.**, v. 66, n. 5, p. 388–98, 2017. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28858147>>. Access in: 20 Apr. 2018.

KHONG, Peck Chui Betty et al. Research in brief - Mental representation of nurses in their adoption of an innovative Wound Clinical Decision Support System in Singapore. **Singapore Nurs J**, v. 42, n. 2, p. 26–30, 2015. Available from: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=112298168&lang=es&site=ehost-live&scope=site>>. Access in: 20 Apr. 2018.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, suppl. 2, e00155615, 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001402005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001402005&lng=en&nrm=iso)>. Access in: 02 June 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de et al. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, suppl. 1, p. 716-721, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Access in: 12 Dec. 2018.

MOLINA MULA, Jesús et al. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada em la evidencia científica. **Index Enferm.**, Granada, v. 25, n. 3, p. 151-155, 2016. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200006&lng=es)>. Accedido em: 26 set. 2018.

MUNARI, Denize Bouttelet et al. Mestrado profissional em enfermagem: produção do conhecimento e desafios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 204-210, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/85053/87884>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3242.2403>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto, BELASCO, Angélica; BARBOSA, Dulce. Evolução da pesquisa em enfermagem até a Prática Baseada em Evidências. In: BARBOSA, Dulce et al (Org.). **Enfermagem Baseada em Evidências**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 1-7.

PADILHA, Maria Itayra; NELSON, Sioban; BORENSTEIN, Miriam Susskind. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, suppl.1, p.241-252, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/13.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

PARK, Hyejin; TUCKER, Denise. Capturing Key NANDA-I Nursing Diagnoses From Actual Clinical Data for Patients With Heart Failure. **Int J Nurs Knowl**, v. 28, n. 1, p. 30–6, 2017. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26011168>>. Access in: 20 Apr. 2018.

PEDROSA, Karilena Karlla Amorim et al. Enfermagem Baseada em Evidencia: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 04, p. 733-741, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40768>> Acesso em: 04 abr. 2018.

PURDY, Isabell et al. Neonatal Nurses NICU Quality Improvement: Embracing EBP Recommendations to Provide Parent Psychosocial Support. **Adv Neonatal Care**, v. 17, n. 1, p. 33–44, 2017. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27763909>>. Access in: 26 May 2018.

QADER, Samar Ali Abdul; KING, Mary Lou. Transcultural Adaptation of Best Practice Guidelines for Ostomy Care: Pointers & Pitfalls. **Middle East J Nurs**, v. 9, n. 2, p. 3–10, 2015. Disponível em: <<http://www.me-jn.com/April2015/Ostomy.pdf>>. Access in: 20 Apr. 2018.

RABEH, Soraia Assad Nasbine et al. Construção e validação de um módulo educativo virtual para terapia tópica em feridas crônicas. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 603–8, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5819>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

RAFTER, Linda. Employing e-health in the palliative care setting to manage pressure ulcers. **Wounds UK**, v. 12, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.wounds-uk.com/resources/details/employing-e-health-in-the-palliative-care-setting-to-manage-pressure-ulcers>>. Access in: 21 Apr. 2018.

REMPEL, Lynn; MCCLEARY, Lynn. Effects of the implementation of a breastfeeding best practice guideline in a Canadian public health agency. **Res Nurs Health**, v. 35, n. 5, p. 435–49, 2012. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22736297>>. Access in: 20 Apr. 2018.

ROBINSON, Bridget; DEARMON, Valorie. Evidence-based nursing education: Effective use of instructional design and simulated learning environments to enhance knowledge transfer in undergraduate nursing students. **J Prof Nurs**, v. 29, n. 4, p. 203–9, 2013. Disponível em: <[https://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(12\)00078-6/pdf](https://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(12)00078-6/pdf)>. Access in: 20 Apr. 2018.

SCHAFFER, Marjorie; ANDERSON, Linda; RISING, Shannon. Public Health Interventions for School Nursing Practice. **J Sch Nurs**, v. 32, n. 3, p. 195–208, 2016. Available from: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1059840515605361>>. Access in: 22 Apr. 2018.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomez; FERRAZ, Lucimare. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 118, p. 594–605, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n118/594-605/pt/>>. Access in: 12 Dec. 2018.

SILVA, Ítalo Rodolfo et al. Aprender pela pesquisa: do ensino da ciência ao campo assistencial da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1–8, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022013>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

SOUZA, Gabriela Fátima de et al. Good Nursing Practices in the Intensive Care Unit: Care Practices During and After Blood Transfusion. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 939–46, 2014. Available from: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140069>>. Access in: 22 Apr. 2018.

SPIVA, Lee Anna; CARAMANICA, Laura. Interdepartmental Collaboration for Evidence-based Practice. **Nurse Lead**, v. 15, n. 6, p. 409–12, 2017. Available from: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1541461217302653>>. Access in: 22 Dec. 2017.

STEVENS, Alan et al. A Model Program of Community-Based Supports for Older Adults at Risk of Nursing Facility Placement. **J Am Geriatr Soc.**, v. 63, n. 12, p. 2601–9, 2015. Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13831>>. Access in: 20 Apr. 2018.

TAVARES, João Paulo de Almeida et al. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. **Scand J Caring Sci**, v. 29, n. 1, p. 51–61, 2015. Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12124>>. Access in: 20 Apr. 2018.

TRACY, Mary Fran et al. American Academy of Nursing: Improving health and health care systems with advanced practice registered nurse practice in acute and critical care settings. **Nurs Outlook**, v. 62, n. 5, p. 366–70, 2014. Available from: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655414001493>>. Access in: 20 Apr. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000401015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401015&lng=en)>. Access in: 12 Dec. 2018.

WILSON, Rita; BAJNOK, Irmajean; COSTA, Tânia. Promoviendo el cuidado basado en la evidencia através de conjuntos de órdenes de Enfermería. **MedUNAB**, v. 17, n. 3, p. 176-181, 2015. Disponível em: <<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2385>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

ZOCICHE, Denise de Azambuja et al. Construção de um protocolo de Revisão Integrativa: contribuições para fundamentação teórica e qualificação das práticas em saúde. In: 13º CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA, 2018, Manaus. **Anais eletrônicos...** Manaus: Saúde em Redes, 2018. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/5/menu/anais/?title=denise+azambuja+zociche>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Ao apresentar os objetivos deste estudo e, na sequência, o percurso metodológico que melhor contribuirá para respondê-los, se faz necessária uma breve apresentação do educador e cientista social, Paulo Freire, das suas obras e do legado que permitiu compreender a educação como prática da liberdade. Sendo assim, o referencial metodológico utilizado será construído a partir dos pressupostos Freireanos.

Paulo Freire nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, filho de Joaquim Temístocles Freire, sargento do exército e Edeltrudes Neves Freire, dona de casa e bordadeira. Aos dez anos mudou-se com sua família para a cidade vizinha de Jaboatão do Guararapes onde iniciou seus estudos no ginásio; aos 13 anos passou por momento difícil que foi a perda do seu pai e início de uma fase de problemas financeiros para a família, durante a qual experienciou a fome e a miséria, o sofrimento por ver sua mãe, agora viúva, batalhar para sustentar a si e seus quatro filhos. No entanto, esta também foi uma fase de fortalecimento das amizades com os conhecidos que os ajudaram e também do amor entre eles que só aumentou com as dificuldades que tinham a enfrentar (SOUZA, 2010).

Aos 22 anos ingressou na Faculdade de Direito, visto que não havia curso superior de formação de educador, sendo esta sua única opção dentro da área de ciências humanas. Nessa época, casou-se com Elza Maria Costa Oliveira com quem teve quatro filhos. Também atuou como professor de português no colégio que o acolheu na adolescência. Mesmo após ter se formado em Direito, continuou atuando como professor de Português, e em 1947 foi nomeado diretor do setor de Educação e Cultura do Serviço Social da Indústria (SESI), período que teve contato com grande número de adultos analfabetos, trabalhadores rurais, que nele despertou a necessidade de enfrentar o analfabetismo de adultos. Em fins de 1959, Freire prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, defendendo a tese “Educação e atualidade brasileira”, sendo nomeado como professor efetivo da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Recife e em 1962 obteve título de Livre-docente nesta instituição. Após assumiu cargos políticos nas áreas da Educação e Ciências Sociais de Pernambuco e coordenação do programa de Alfabetização Nacional de Adultos no governo João Goulart (SOUZA, 2010; SAUL, 2016).

A partir dos anos 60, além da área acadêmica e institucional, Freire se engaja nos movimentos de educação popular, sendo o primeiro educador a sistematizar e a experimentar um método inteiramente criado para a alfabetização de adultos. Apoiado na práxis vivida,

como pedagogo do oprimido, cuja premissa é o saber, a linguagem e a necessidade popular, respeitando o concreto deles, o cotidiano de limitações deles. Com o Golpe Militar de 64, foi perseguido e sentindo-se ameaçado no Brasil, buscou asilo na Bolívia.

Durante o período que viveu fora do Brasil, passou pela Bolívia, Chile, Estados Unidos e Europa, sendo que retorna definitivamente ao Brasil, mais precisamente em Campinas-SP, em 1980. Em 1986, falece sua primeira esposa e após dois anos de sofrimento, voltou a casar-se com Ana Maria Araújo Freire. Assim, retoma sua carreira na vida pública e logo após, abdicando dessa, se dedica novamente ao meio acadêmico e a escrita de livros; também continua como membro do Júri Internacional da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) até seu falecimento em dois de maio de 1997 (SAUL, 2016).

Seu legado como educador é conhecido no Brasil e no mundo, sua visão do mundo e das pessoas, sua percepção aguçada sobre a incapacidade das pessoas (oprimidos) de se autorreconhecerem como sujeitos de suas vidas, impondo limites na capacidade de vislumbrar alguma mudança daquela realidade, dominados por pessoas (opressores) que apenas lhes davam valor por os servirem e aos seus próprios interesses (FREIRE, 2017). Desenvolveu assim o “Método Paulo Freire”<sup>9</sup> de ensinar, partindo da concepção da realidade vivenciada e do conhecimento já adquirido pelo sujeito. Suas obras<sup>10</sup> imprimem como pano de fundo, a pedagogia libertadora, pois Freire defendia a educação como processo de compartilhamento do conhecimento, e a medida que o sujeito apreende esse conhecimento, se transforma e se torna um ser crítico da sua condição no mundo.

A partir dos pressupostos contidos no conjunto da obra de Freire, faz-se necessário aprofundar alguns conceitos de sua autoria, que se tornam fundamentais para problematizar as discussões e sustentar a construção do estudo. Uma das maiores inquietações de Freire diz respeito a educação tradicional, que por vezes, torna-se um ato de depositar conteúdos, dos educadores para os educandos, configurando a concepção “bancária” da educação, visto que nesse processo ocorre um “engessamento” das posições, educador (a) – educando (a), há um controle do pensamento e da ação dos sujeitos, inibindo seu poder de criação e transformação (FREIRE, 2017). Rumor et al. (2017) abordam esse aprendizado linear também na área da

---

<sup>9</sup> Estimula a alfabetização dos adultos mediante a discussão de suas experiências, através das “palavras geradoras”. Foi utilizado pela 1ª vez na cidade dos Angicos, no Rio Grande do Norte, a mais de 50 anos.

<sup>10</sup> Principais Obras de Paulo Freire: “Educação como prática da liberdade” (1967), “Pedagogia do Oprimido” (1968), “Educação e mudança”(1981), “Pedagogia da esperança”(1992), “Pedagogia da autonomia”(1997) e “Pedagogia da Indignação” (2000).

saúde, com o modelo da medicina curativista, na qual ainda ocorre a transmissão de conhecimentos, o que advém das influências histórico-sociais.

Dessa maneira, Freire (2017) defende a concepção “problematizadora”, na qual o pensar do (a) educador (a) ganha sentido e legitimidade na autenticidade do pensar dos (as) educandos (as), uma relação que se constrói mutuamente, mediada pelo diálogo, na construção de algo em comum. O diálogo, aliás, é o encontro amoroso dos homens, uma exigência existencial, que nos faz abdicar da concepção de ser humano estático e imutável, para uma concepção do homem como um ser inacabado, consciente dessa situação de constante transformação (DICKMANN; DICKMANN, 2016). Deveras, conscientizar-se é comprometer-se, tomar posse da realidade, do modo mais crítico possível, a fim de transformá-la.

Para que ocorra essa transformação da realidade, o diálogo precisa ser efetivo, e a palavra precisa ser pronunciada. A palavra é a própria práxis, ação e reflexão, e nessa condição, o ato de pronunciar não pode ser privilégio de alguns, deve ser direito de todos os sujeitos. Assim dizia Freire (2017, pag. 108) “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

No âmbito da pesquisa, o *modus operandi* de Freire é uma opção metodológica pouco difundida, entretanto eficaz, pois nesta estratégia metodológica se utiliza o Círculo de Cultura (CC), no qual pesquisador e pesquisando realizam reflexões e discussões sobre a realidade e coletivamente procuram desvelar e identificam as possibilidades de intervenções. Os participantes, mediante um processo de ação-reflexão-ação, são levados a se perceberem como autores de suas histórias e com isso se conscientizam e se fortalecem para modificar as suas práticas. Este processo reflexivo valoriza as fontes culturais e históricas dos indivíduos, que podem ser desveladas nos CC (HEIDEMANN et al., 2017).

O CC é um termo criado por Freire (2017), representado por um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de saberes. Os sujeitos se reúnem no processo de educação para investigar temáticas de interesse do próprio grupo. Representa uma situação/problema de situações reais, que levam à reflexão da própria realidade, para, na sequência, decodificá-la e reconhecê-la. A universalidade da obra de Paulo Freire decorre da aliança teoria-prática. Freire pensa a realidade e a ação sobre ela. O método pedagógico de Paulo Freire fundamenta-se nas ciências da educação, principalmente a psicologia e a sociologia; teve importância capital a metodologia das ciências sociais. A sua teoria da codificação e da decodificação das palavras e temas geradores, caminhou passo a passo com o desenvolvimento da chamada “pesquisa participante” (GADOTTI, 1996). Pode ser delineado

como uma pesquisa qualitativa, cujo compromisso é o de transformação política da realidade, em que as pessoas participam ativamente da troca de saberes do vivido e da experiência.

Trata-se de um referencial de troca de saberes entre os participantes e conhecimentos envolvidos na realidade social, dando voz e dialogando sobre o contexto em que as pessoas vivem. A partir das situações sociais, estes buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão da realidade e transformá-la. Seria como ajudar a modificar os costumes de indivíduos e populações para melhorar suas vidas e transformar a sociedade (HEIDEMANN et al., 2017).

A pesquisa qualitativa articula-se com o referencial metodológico de Freire, especialmente porque reflete o contexto social em que os participantes vivem, por meio da dialogicidade promovida pelo CC. O diálogo em Freire possibilita revelar as contradições e situações-limite dos participantes no contexto pesquisado, refletindo e desvelando o que está oculto e impulsionando a criatividade dos mesmos com novas propostas de ação sobre a realidade. Este referencial em conjunto com a pesquisa qualitativa permite uma integração entre a pessoa e o objeto, com envolvimento e estímulo para que novas ações sobre a realidade possam ser concretizadas (HEIDEMANN et al., 2017).

Há ainda que mencionar dois elementos fundamentais da sua filosofia educacional: a conscientização e o diálogo. A conscientização não é apenas tomar conhecimento da realidade. A tomada de consciência significa a passagem da imersão na realidade para um distanciamento desta realidade. A conscientização ultrapassa o nível da tomada de consciência através da análise crítica, isto é, do desvelamento das razões de ser desta situação, para constituir-se em ação transformadora desta realidade (GADOTTI, 1996).

Assim, Freire afirmou que a leitura do mundo não é somente da palavra que torna homens e mulheres pensantes e engajados na reconstrução da sua realidade, mas por meio de ação que se faz mediada pela educação no contexto da ação-reflexão-ação. Nessa direção, privilegia-se o diálogo no processo de aprendizagem por conceber que o conhecimento somente é construído na interação entre os homens balizados por sua realidade concreta, na construção coletiva do conhecimento e na reflexão das práticas pelos próprios profissionais (FREIRE, 2017).

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de construção de uma pesquisa inicia com uma inquietação, uma situação limite sobre a qual buscamos refletir e intervir, a fim de construir um novo conhecimento e, por vezes, transformá-lo. Para tal, faz-se necessário a definição de aspectos metodológicos concisos com vistas a desenvolvê-la, e consistentes para sustentá-la.

Este estudo é um recorte da pesquisa multicêntrica, intitulada: “Cuidado e gestão em enfermagem como saberes na Rede Atenção à Saúde: proposições para as melhores práticas”<sup>11</sup>, proposta pelo Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) em parceria com outras Universidades do Estado de SC e apoio da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina (ABEn-SC).

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza qualitativa, de caráter participativo, com base na concepção dialógica dos temas geradores de Paulo Freire que nos coloca que: “investigar o tema gerador, repitamos, o pensar dos homens referido a realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis” (2017, p. 136). Apresenta como propósito fomentar a transformação dos saberes acerca das melhores práticas de enfermagem, pela problematização da temática. O envolvimento da pesquisadora e o grupo de enfermeiros, por si só, provocou a reflexão sobre a realidade profissional, de forma participativa e contextualizada, permitindo que o itinerário da investigação e a ação fossem dialógicos e participativos (FREIRE, 2011). Esse processo resultou, não somente a transformação do ideário das participantes, mas outros desdobramentos que foram emergindo, naturalmente, com o processo, conforme será apresentando.

---

<sup>11</sup> Os objetivos deste estudo são: 1) Conhecer as melhores práticas desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, tendo como referencial os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS); 2) Analisar as melhores práticas utilizadas pelos enfermeiros na interface entre APS e outros níveis de atenção, tendo como referencial os atributos da APS e da Prática Baseada em Evidências (PBS); 3) Identificar potencialidades e fragilidades descritas pelos enfermeiros, na realização das práticas de educação, gestão e cuidado de enfermagem no âmbito das RAS; 4) Mapear as melhores práticas existentes em Santa Catarina, na educação, na gestão e no cuidado de enfermagem no âmbito das RAS; 5) Propor dispositivos para realização de melhores práticas de enfermagem em Santa Catarina.

Na etapa inicial do estudo, foi necessário optar por uma modalidade metodológica de pesquisa, observando o caráter do mestrado ser profissional, que facilitasse a imersão da pesquisadora no contexto da prática, sendo o atributo participativo essencial.

Dentre as modalidades metodológicas de caráter participativo, recorreu-se à pesquisa-ação que atende aos objetivos da pesquisa por possibilitar a participação dos sujeitos no processo de tomada de decisões. Segundo Thiollent (2011) a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa realizada em associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo, na qual ocorrerá, de forma efetiva, uma ação por parte das pessoas ou grupos envolvidos. Além disso, possibilita aos sujeitos da pesquisa encontrar maneiras de responder aos problemas do cotidiano com competência, tendo como base a ação transformadora.

Na literatura, diversos autores utilizam a pesquisa participante e a pesquisa-ação como sinônimos o que, no entanto, não se aplica. A pesquisa participante está baseada na metodologia de observação participante, cujo objetivo do pesquisador é estabelecer relações com o grupo investigado a fim de ser melhor aceito naquele contexto. A pesquisa ação adota, além da participação dos sujeitos, uma forma planejada de condução da investigação, seja por meio de seminários, reuniões, entrevistas ou técnicas de diagnóstico situacional, na qual realmente ocorra uma ação por parte dos indivíduos ou grupo envolvido, assumindo um aspecto social, educacional, técnico ou outro, tornando-se uma estratégia complexa e abrangente para transformação da realidade (THIOLLENT, 2011; MONTEIRO et al, 2010).

Desta forma, o caráter participativo é um quesito essencial para a pesquisa-ação; sendo fundamental que os sujeitos envolvidos percebam a necessidade de mudança da realidade e que se proponham a exercer papel ativo nesta, juntamente com o pesquisador. Essas características fazem com que esse tipo de pesquisa resulte na capacidade de influenciar positivamente a prática dos sujeitos investigados durante o estudo, sendo compartilhada com um público mais amplo, refletindo seu caráter social. Convém ressaltar que o planejamento da pesquisa-ação é flexível, mediante um “roteiro” básico que tem como ponto de partida a fase exploratória (identificação do problema) e termina na divulgação dos resultados. O que ocorre entre esse dois pontos é passível de mudança conforme surge a problematização, tomada de consciência e conscientização sobre os temas que emergem no decorrer da investigação (THIOLLENT, 2011; FREIRE, 2017).

Como estratégia metodológica optou-se pela proposta do educador Paulo Freire, na qual, por meio do Círculo de Cultura, pesquisador e pesquisando dialogam sobre a realidade e, coletivamente, procuram identificar possibilidades de intervenção. A práxis freireana, propõe que, mediante um processo de ação-reflexão-ação, os sujeitos sejam protagonistas de

suas histórias e se fortaleçam para as mudanças que se fazem necessárias em determinado contexto. O Círculo é um processo educativo no qual os sujeitos se reúnem para investigar temas de interesse do grupo (FREIRE, 2017; FREIRE, 2011).

Corrobora-se com o pensamento de Heidemann et al. (2017, p. 04):

Trata-se de um referencial metodológico de troca de saberes entre os participantes e conhecimentos envolvidos na realidade social, dando voz e dialogando sobre o contexto em que as pessoas vivem. A partir das situações sociais, estes buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão da realidade e transformá-la. Seria como ajudar a modificar os costumes de indivíduos e populações para melhorar suas vidas e transformar a sociedade. A pesquisa qualitativa articula-se com o referencial metodológico de Freire, especialmente porque reflete o contexto social em que os participantes vivem, por meio da dialogicidade promovida pelo Círculo de Cultura.

Cumprido destacar que, o referencial metodológico foi pautado pelos pressupostos Freireanos<sup>12</sup>. O percurso metodológico que orienta esse referencial é caracterizado por três fases: Investigação Temática; Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico.

A **Investigação Temática** se estrutura a partir da relação dialógica entre os seres humanos, sendo que não há como manter esta relação sem considerar o contexto histórico, político, econômico, social e cultural, ou seja, o “mundo” dos sujeitos participantes dos CC. Implica ser dialógica e conscientizadora, de modo que proporcione a apreensão dos temas geradores, a tomada de consciência e a conscientização<sup>13</sup> dos sujeitos (FREIRE, 2017).

Os sujeitos, nos CC, incentivados pela facilitadora, foram convidados a realizar atividades<sup>14</sup> destinadas a um primeiro reconhecimento da sua própria realidade, buscando o universo temático, ou seja, o conjunto dos seus “temas geradores”, assim denominados porque “qualquer que seja a natureza de sua compreensão, como a ação por eles provocada, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” (FREIRE, 2017, p. 130). Ainda de acordo com Freire (2017) os temas geradores envolvem e são envolvidos pelas “situações-limites”<sup>15</sup> e as tarefas que elas implicam, ao serem cumpridas, constituem os “atos limites”.

---

<sup>12</sup> Pautado nos pressupostos Freireanos, visto que a proposta original da teoria do conhecimento de Freire é a alfabetização de adultos.

<sup>13</sup> Para Freire (2017, p.?), a conscientização é o “aprofundamento da tomada de consciência, característica, por sua vez, de toda emergência”.

<sup>14</sup> Essas atividades desenvolveram-se por meio de questionamentos e de “dinâmicas de grupo” especificamente escolhidas e organizadas de modo a propiciar a oportunidade de exposições individuais de ideias, permitir a interação e a troca de conhecimentos e promover a construção e a transformação coletiva por meio do diálogo, da reflexão e da ação crítica entre os participantes.

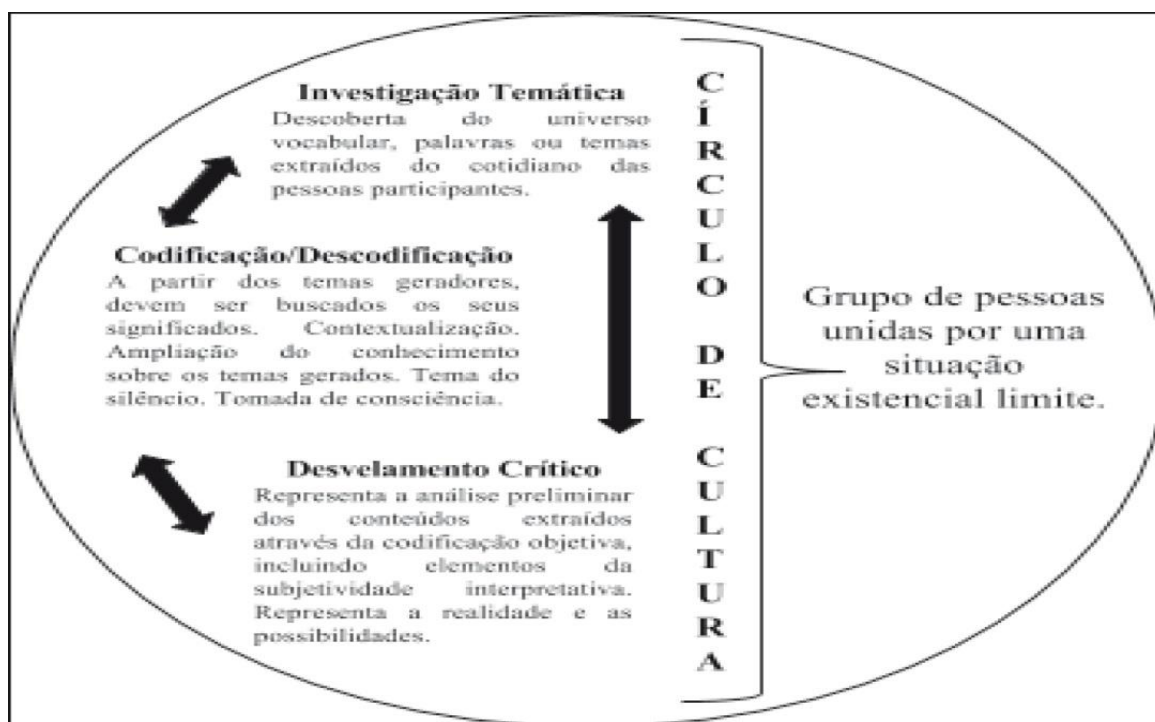
<sup>15</sup> As situações-limite podem ser compreendidas como as dimensões concretas e históricas de uma dada realidade, desafiadoras dos homens [e das mulheres], que incidem sobre elas através de ações também chamadas de “atos-limites” - aqueles que se dirigem à superação e à negação do dado, em lugar de implicarem sua aceitação dócil e passiva (FREIRE, 2017).

A segunda fase consiste na **Codificação e Descodificação**, ou seja, é a representação dos desafios, compreendidos como situações-limites, que os participantes do CC designaram como temas geradores. Neste processo os participantes precisam responder as situações limites por meio da “tomada de consciência”, que se tornará “conscientização” no processo posterior de descodificação. Já a descodificação pode ser compreendida como um processo de “leitura” da realidade, por meio de momentos dialógicos, em que os sujeitos ampliam seu poder reflexivo diante da realidade apresentada na codificação (FREIRE, 2017).

Ao final da descodificação, inicia a terceira fase do método representada pelo Desvelamento Crítico, compreendida como análise preliminar dos conteúdos extraídos da codificação, incluindo elementos da subjetividade interpretativa dos participantes, retratando a realidade e as possibilidades (HEIDEMANN et al., 2017).

Neste momento, para melhor compreensão do método, adotou-se o esquema do percurso que o constitui, elaborado por Heidemann et al. (2017) representado na Figura 02.

**Figura 02.** Esquema do percurso de pesquisa de Paulo Freire adaptado por Heidemann et al.



Fonte: Heidemann et al. (2017).

Observou-se ainda na fase de elaboração do projeto que, para o desenvolvimento do percurso metodológico proposto, vários pontos precisaram se entrelaçar e se conectar, como o diálogo, a reflexão e a problematização da realidade, o interesse dos participantes, o

pesquisador como facilitador do processo e as transformações ocorridas no contexto investigado por meio da práxis e da tomada de consciência dos participantes. Ao longo do Itinerário de pesquisa, as problematizações foram acontecendo e, mediante o diálogo e a análise das situações-limite, pode-se identificar quais mudanças eram necessárias, e no encerramento, refletir sobre aspectos que foram modificados, o que poderia ser melhorado e a avaliação do percurso.

Igualmente, é necessário destacar que, como preconizado em estudos dessa natureza, as atividades foram planejadas junto aos enfermeiros, a partir das demandas identificadas nesse coletivo, sendo que cada uma das intervenções buscou ir ao encontro das necessidades existentes na realidade do trabalho dos enfermeiros, de forma a tornar-se ferramenta de aprimoramento do processo de trabalho, e por que não, das necessidades de cada participante. Dessa maneira, de acordo com Freire, se demonstra a eficácia do método, partindo da realidade dos participantes, do que eles têm desejo de conhecer ou reconhecer, e considerando suas condições existenciais (FREIRE, 2017).

## 5.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo desenvolveu-se em uma RAS constituída por três municípios: Águas de Chapecó, Cunhataí e São Carlos. A RAS em estudo integra a 4ª Gerência Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina com sede em Chapecó-SC, responsável pela coordenação das ações em saúde da região Oeste do Estado. Já a região Oeste compreende um total de 27 municípios e conta com um contingente populacional de mais de 350 mil habitantes (SANTA CATARINA, 2019). Para melhor compreensão, a seguir é apresentado o mapa das macrorregiões de saúde, na qual é possível visualizar a região Oeste:

**Figura 03** - Mapa das macrorregiões de saúde de Santa Catarina

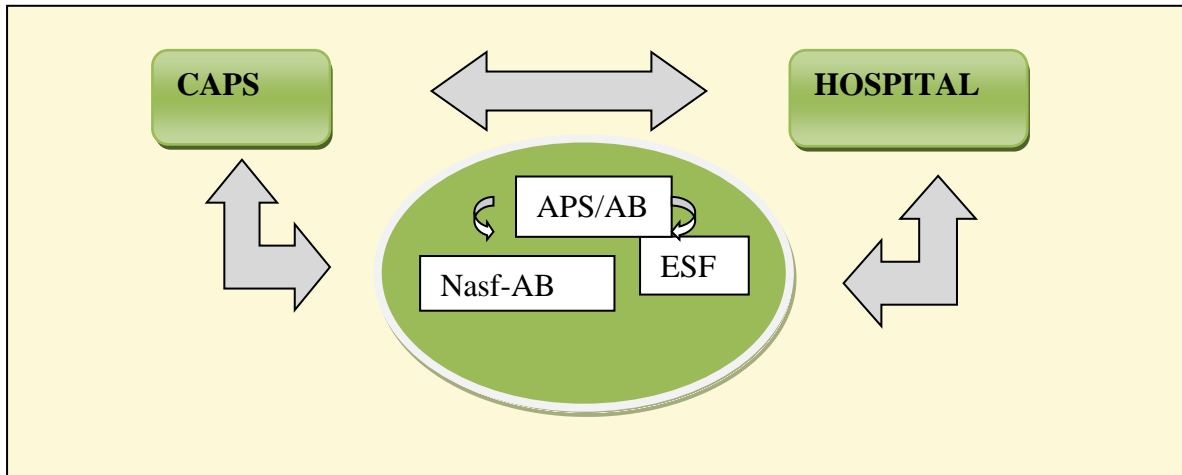


Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2019.

Enquanto conhecedora dessa rede, por nela atuar a mais de nove anos, acreditou-se na necessidade e importância desse estudo sobre as melhores práticas de enfermagem, para fortalecer a atuação dos profissionais, ao destacar os pontos fortes do que já é desenvolvido, mas, principalmente, por analisar e propor ações ou estratégias de EPS que venham a fomentar os aspectos que precisam ser melhorados.

Estima-se, de acordo com o IBGE (2017) que a população total dos três municípios é de aproximadamente 18.283 habitantes. Estes municípios têm em comum a colonização por descendentes europeus, principalmente alemães e italianos, sua economia é essencialmente baseada na produção agrícola e leiteira, na indústria moveleira, de corte e costura e metalúrgica, além de potencial turístico devido aos balneários de águas termais.

Na área da saúde, os municípios integram uma RAS composta por: um hospital de média complexidade, um Pronto Atendimento (PA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-tipo I), sete Unidades Básicas de Saúde com quatro Estratégias Saúde da Família ESF, dois Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e, em breve, a rede disponibilizará de 14 leitos especializados de saúde mental, para pacientes adultos e infanto-juvenis. Devido à localização próxima entre os municípios, todas as unidades interagem e articulam a assistência, utilizando serviços em comum como CAPS, hospital geral e tão logo, leitos de saúde mental.

**Figura 04** - Representação esquema básico da RAS em estudo.

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A escolha dos três municípios justifica-se: a) por um deles ser o município de residência da pesquisadora, logo, considera-se coerente desenvolver um estudo que possa inicialmente contribuir com o contexto de prática profissional; b) comporem a RAS de atuação e interesse da pesquisadora, tendo ela relativamente pouca inferência acadêmica das instituições de ensino da região; c) por se tratar de uma RAS bem definida, com os três níveis de atenção à saúde, mas que carece de estratégias que melhorem seus fluxos; d) se localiza relativamente longe do centro de referência de alta complexidade, o que exige que a mesma seja resolutiva.

### 5.3 PARTICIPANTES

Foram convidados para participar da pesquisa os 17 enfermeiros (sendo 16 do sexo feminino e um do sexo masculino) que atuam nos serviços de saúde dos três municípios da 4ª região de saúde do Oeste do Estado de Santa Catarina, escolhidos para comporem o estudo. A tabela a seguir detalha as instituições bem como a distribuição dos enfermeiros na RAS.

**Tabela 01** – Detalhamento da distribuição dos enfermeiros na RAS.

<b>MUNICÍPIOS DA RAS</b>	<b>Nº ENF NA UBS</b>	<b>Nº ENF NO PA</b>	<b>Nº ENF NO CAPS</b>	<b>Nº ENF NO HOSPITAL</b>
Águas de Chapecó	05	02		
Cunhataí	01			
São Carlos	05		01	03
Total	11	02	01	03
Total Enfermeiros (as)	17			

Fonte: elaboração própria, 2019.

Foram critérios para inclusão dos participantes atuar como enfermeiro na RAS há pelo menos, três meses. Optou-se por esse tempo mínimo de atuação, uma vez que o foco do estudo foram as melhores práticas, sendo que essas nem sempre estão atreladas ao processo de trabalho, mas sim, a atuação pessoal de cada profissional. Excluíram-se os enfermeiros que, no período da coleta de dados, estavam de licença ou afastados do serviço por qualquer motivo.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a pesquisa contou com a participação de 10 enfermeiros<sup>16</sup> durante o desenvolvimento dos Círculos de Cultura, conforme é apresentado na Tabela 02.

---

<sup>16</sup> Uma enfermeira não quis participar do estudo, duas enfermeiras eliminadas de acordo com os critérios de exclusão, quatro enfermeiras convidadas não compareceram nos dias dos CC, devido a outros compromissos.

**Tabela 02** – Número total de participantes em cada Círculo de Cultura.

<b>CODINOMES</b>	<b>1º CC</b>	<b>2º CC</b>	<b>3º CC</b>
Diamante	✓		
Esmeralda	✓	✓	
Rubi	✓	✓	
Ágata	✓		
Turmalina		✓	✓
Cristal	✓	✓	✓
Ônix	✓	✓	✓
Safira	✓	✓	✓
Ametista	✓	✓	✓
Jade	✓	✓	✓
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>08</b>	<b>06</b>

Fonte: elaboração própria, 2019.

Pela dinamicidade dos Círculos de Cultura, aceitou-se a inclusão de novos participantes ao longo de todo o período de coletados dados, tendo como principal preceito a participação voluntária.

#### 5.4 PRODUÇÃO E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

A produção e o registro das informações ocorreu em três encontros, entre os meses de junho e agosto de 2018. Foram realizados os encontros com intervalo<sup>17</sup> de trinta dias entre eles, pautados no referencial metodológico de Freire, composto por fases interdependentes: Investigação Temática; Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico, tendo como estratégia norteadora os CC.

Os Círculos foram conduzidos pela facilitadora para reflexão e direcionamento das melhores práticas de enfermagem na RAS, com base nos atributos da APS bem como no arcabouço teórico sobre as Melhores Práticas de Enfermagem. A escolha pelo caminho metodológico dos CC, já previa que a conformação dos grupos não seria a mesma em todos os encontros e, dessa forma, a problematização precisava ser permeada pelo diálogo, sempre resgatando discussões anteriores, em um ir e vir constante, o que foi facilitado pelo resgate dos temas geradores no início de cada CC, favorecendo a discussão e a proposição de ações para a mudança. O local escolhido para a realização dos encontros foi a sala de reuniões do

<sup>17</sup> Esse intervalo foi estipulado a pedido dos participantes, pois a maioria atua em pequenas UBS e já necessita sair da unidade por outros compromissos, ficando dessa forma mais viável sua participação.

CAPS, localizado no município de São Carlos, por contemplar espaço amplo, agradável e de fácil acesso a todos os participantes.

#### **5.4.1 Primeiro Círculo de Cultura: Investigação Temática**

No primeiro CC foi apresentado aos participantes a temática e os objetivos da pesquisa para fins de contextualização, visto que não foi possível realizar o convite e apresentação do projeto pessoalmente, aos enfermeiros. A Investigação Temática é o momento no qual, por meio da identificação dos temas geradores (os significados atribuídos pelos participantes sobre as melhores práticas), extraídos dos problemas da prática e da realidade vivenciada, a problematização vai tomando corpo, superando a simples constatação dos fatos e estimulando a constante investigação dessa realidade (FREIRE, 2017). Exatamente por isso, ela não é uma fase independente, ou seja, ela ocorre durante todo o período da pesquisa, visto que o levantamento dos temas geradores é infinito.

O fato de possuir um vínculo de trabalho e conhecer alguns participantes causou certa preocupação quanto às possíveis implicações éticas dessa aproximação, contudo, compreender que se trata de uma pesquisa de cunho participante e que, como tal, tem o objetivo de mediar novos conhecimentos e transformações na prática, foi importante para amenizar tal sentimento. Além disso, a postura assumida como pesquisadora/facilitadora, contribuiu para o desenvolver do trabalho, sem maiores implicações nesse sentido. Após esclarecer algumas dúvidas e responder a alguns questionamentos, relacionados aos objetivos da pesquisa e ao método de coleta de informações, que a maioria dos enfermeiros não conhecia, todos os participantes assinaram o termo de consentimento e de autorização para gravação. Também foi solicitado que cada participante escolhesse um codinome para sua identificação, mantendo sigilo de sua identidade real durante a pesquisa. Para tanto, a facilitadora, sugeriu que escolhessem entre o nome de uma flor ou de uma pedra preciosa, sendo que a escolha do grupo foi pela pedra preciosa, justificando que seria um codinome mais imponente e, além disso, vinha ao encontro do tema das “melhores práticas”. Após cada um ter escolhido o seu, o codinome foi escrito em um cartão de identificação preso a um barbante, que cada um usou durante todos os encontros.

O diálogo inicial entre os participantes permeou as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, relacionadas especialmente à gestão, tendo em vista a troca de gestores ocorrida no último pleito eleitoral, ao qual ainda não estavam adaptados. Em seguida, foi sugerido iniciar a apresentação, utilizando-se de um “cartão de boas vindas” (APÊNDICE A)

agradecendo o aceite em participar da pesquisa, seguido de cinco questões disparadoras: há quantos anos você atua como enfermeiro? Fez ou está fazendo alguma pós-graduação? Refletindo sobre sua prática diária, o que você aponta como facilidades/potencialidades para a profissão? Refletindo sobre sua prática diária, o que você aponta como dificuldades/fragilidades para a profissão? O que você modificaria na sua prática diária? Essa atividade teve o intuito de promover uma autorreflexão dos enfermeiros sobre seu percurso de vida profissional até o presente momento. A resposta escrita foi apresentada pelos participantes em folha anexa ao cartão, no entanto, preferiram verbalizar suas respostas para o grupo.

Após todos manifestarem a atividade como concluída, dispostos em semicírculo, cada um se apresentou ao grupo, compartilhando suas experiências e concepções acerca da profissão. As situações-limite, assim como as potencialidades da prática profissional foram organizadas em um painel, e a facilitadora se comprometeu em resgatar o mesmo a cada encontro para estimular a tomada de consciência, que se caracteriza pela passagem da consciência ingênua para a consciência crítica do enfermeiro sobre suas práticas (FREIRE, 2017).

O objetivo do primeiro encontro foi promover um ambiente receptivo e descontraído e favorecer a reflexão inicial sobre o tema da pesquisa, identificando o conhecimento de cada participante. Nesse momento do Itinerário, buscou-se uma aproximação do pensamento de Freire (2017, p. 134) que diz: “o esforço de propor aos indivíduos dimensões significativas de sua realidade, cuja análise crítica lhes possibilite reconhecer a interação de suas partes”. Essa aproximação permitiu aos participantes identificarem o método participante como uma fortaleza para alcançar uma mudança no seu contexto profissional, assim como, ser replicado em outras situações. A realização desse encontro exigiu muito da facilitadora, no que se refere a capacidade de argumentação e convencimento sobre a importância dos enfermeiros participarem, mas, acima de tudo, de motivá-los para a continuidade perante as adversidades encontradas.

Ao final da atividade, a facilitadora se comprometeu em transcrever os áudios e elaborar uma prévia do painel, devido ao curto tempo de duração do encontro, o que tornou inviável a confecção do painel durante a atividade. Cabe ressaltar que, embora houvesse aprovação da Comissão Intergestores Regional (CIR) para realização da pesquisa, o gestor de um dos cenários somente concordou em liberar os enfermeiros às 16h30min para participar do CC, de modo que foi necessário negociar um tempo extra, fora do horário de trabalho, sendo que o grupo se prontificou em permanecer por mais tempo. Interessante destacar que, desde o

início do CC, os enfermeiros relataram tratar-se de um momento especial, que todos consideram necessário, porém, que, na prática diária de trabalho, raramente acontece. Elogiaram a iniciativa e apreciaram a dinâmica realizada no primeiro encontro, pois permitiu que refletissem sobre aspectos corriqueiros do cotidiano, mas que possuem estreita relação com a prática profissional. Outro fator que merece destaque é a estrutura mais informal, proporcionada pelo CC, o que permitiu (re) conhecer participantes, ainda que já houvessem práticas laborais comuns entre eles e a facilitadora. A tomada de consciência sobre os limites e a expertise do outro permite que, em uma eventual necessidade, se possa buscar apoio específico para a situação problema que se está vivenciando.

A duração do primeiro encontro foi de uma hora e trinta minutos. Nesse encontro, houve a colaboração voluntária de uma colega de trabalho, que auxiliou com a disposição do gravador de voz e no preparo do *coffee break*.

#### **5.4.2 Segundo Círculo de Cultura: Codificação e decodificação**

No segundo encontro deu-se continuidade à Investigação Temática, problematizando os temas geradores e avançando para a sua codificação e decodificação. Para Freire (2017), as codificações não são frases estanques, mas sim, frases passíveis de mudança através da reflexão crítica, decodificação, sobre a realidade vivida. A codificação dos temas geradores ocorreu pelo registro, escrito e verbalizado, das palavras-chaves eleitas por cada participante, figurando potenciais e fragilidades na adoção das melhores práticas em enfermagem. Dessa maneira, retomou-se os tópicos discutidos no encontro anterior, agrupados em um painel como pode ser visualizado na Figura 05, que após avaliados pelos participantes foram validados.



compartilhar com os demais participantes no próximo encontro. A duração do segundo encontro foi de, aproximadamente, duas horas.

#### **5.4.3 Terceiro Círculo de Cultura: Desvelamento Crítico**

No terceiro encontro, buscou-se retomar os 59 temas geradores identificados nos encontros anteriores. À medida que os temas foram dialogados e contextualizados, uma situação que antes era considerada empírica ou figurada passou a ser vista com olhar crítico e social, assim iniciando o “Desvelamento Crítico”, no qual cada participante foi convidado a refletir sobre a realidade exposta e seu papel frente às situações limite identificadas. Nessa fase ocorreu o processo de ação-reflexão-ação com vistas a provocar os participantes a refletirem e compreenderem a importância de uma ação concreta com vistas a modificar as situações limites bem como o enfrentamento das contradições (HEIDEMANN et al.; 2017). Os temas foram sintetizados e reapresentados aos participantes como questões a serem transformadas, com objetivo principal de (re) significar as práticas profissionais em possíveis melhores práticas, trazendo transformações para a realidade de cada enfermeiro e na RAS, como um todo.

Nesse sentido, coube a facilitadora dialogar e refletir com o grupo sobre quais dificuldades, quais as potencialidades, por que estas temáticas existem e como planejar e desenvolver ações para a mudança? Considerando temas geradores que emergiram nos encontros anteriores, o grupo sentiu a necessidade de um aprofundamento conceitual sobre as “melhores práticas” e quais as reais possibilidades para efetivá-las no contexto de cada um, sendo realizada, com auxílio de um computador, uma busca na internet de alguns artigos que tratam do tema, site da OMS que apresenta um guia para documentação e partilha das melhores práticas.

Como já mencionado anteriormente, a liberdade de expressão favorecida pela estratégia metodológica escolhida foi, sem dúvida, o ponto forte de todos os encontros. Além disso, o papel exercido pela facilitadora foi fundamental na condução dos CC, o que não parece ter afetado, em nenhum momento, a liberdade dos participantes em participar das discussões, manifestarem dúvidas, emitir opiniões, críticas, desabafos, discordâncias e, por conseguinte, negociar e consensuar.

Essa etapa teve duração de uma hora e trinta minutos. Ao término deste encontro e como finalização do Itinerário Metodológico de Freire, foi proposta uma avaliação da experiência vivenciada, momento oportuno para relato das transformações sentidas ou vislumbradas por todos. Finalmente, após encerrar o levantamento do universo temático desvelado no transcorrer dos CC, o grupo realizou a proposição de ações passíveis de serem executadas e que, por sua vez, possam contribuir significativamente com as melhores práticas na realidade profissional do enfermeiro.

## 5.5 DESVELAMENTO CRÍTICO DA REALIDADE - ANÁLISE TEMÁTICA

Ainda durante a fase do Desvelamento Crítico realizou-se a análise dos temas geradores identificados de modo a estimular os participantes a admirarem a realidade criticamente com o objetivo de propor ações passíveis para modificá-la. Ao trabalhar utilizando a metodologia dos Círculos de Cultura, propõe-se um trabalho sistematizado, desencadeando uma reflexão individual e uma construção do conhecimento compartilhada e amparada pela troca de experiências. De acordo com Heidemann et al. (2017) parte-se da investigação temática e conforme os temas geradores e universo vocabular vão surgindo, são problematizados e ao mesmo tempo será feita análise crítica dos resultados. Cumpre-se desta forma, o Itinerário de Pesquisa de Freire, sendo que após cada encontro realizou-se a análise dos resultados, não de modo conclusivo, pois a partir desta primeira análise, a problematização continuou a ocorrer nos encontro subsequentes, seguindo o ciclo ação-reflexão-ação.

Após a realização de cada um dos CC, a facilitadora transcreveu as gravações de áudio e compilou os registros de modo que essas informações fossem retomadas no início do próximo encontro, para apreciação e validação pelo grupo. Esse processo de retomar as temáticas produzidas também se aplica aos materiais visuais (cartazes e painel) elaborados pelos participantes durante os Círculos, juntamente com as impressões e percepções da facilitadora. Na análise crítica das informações registradas em cada CC finalizado, foram valorizadas as falas, gestos e expressões e concepções de mundo de cada participante nos diferentes momentos como: na dinâmica de “quebra-gelo” e atividade para explorar os conhecimentos prévios do grupo (investigação temática), problematização (codificação e decodificação); reflexão teórico-prática e proposições para mudança da prática profissional (desvelamento crítico).

Na sequência, estruturou-se um quadro com três colunas, a primeira apresenta as narrativas e diálogos dos participantes, a segunda representa a primeira codificação dos temas geradores a partir das falas e observações, e a última sistematiza os temas finais gerados pela análise das temáticas. O quadro a seguir, ilustra essa metodologia de análise, a partir de alguns exemplos.

**Quadro 01** – Processo de identificação dos 59 temas geradores (Continua)

TRANSCRIÇÃO ÁUDIOS	TEMAS GERADORES 1ª Codificação	TEMAS GERADORES 2ª Codificação
<p><i>“Problema do objetivo final é que a gente oferece um cuidado melhor pra eles (pacientes) e não oferece cuidado nenhum pra nós (profissionais). Quem está aí ta de prova que a gente sempre se sobrecarrega, sempre estorrado, vai fazer uma consulta meu deus do céu é o fim do mundo, pega um atestado pronto acabou, né. Quando tu vê ta arreventado, né. Ninguém pergunta se ta bem, se ta mal, se precisa de ajuda, se não precisa, como é que ta. Se ta dando pra ir de boa”(Rubi)</i></p> <p><i>“a gente tem um grande campo na verdade, só que a gente está sempre fazendo o trabalho dos outros. A gente conhece a nossa população, a</i></p>	<p>A gente oferece um cuidado melhor pra eles (pacientes) e não oferece cuidado nenhum pra nós (profissionais)</p> <p>A gente sempre se sobrecarrega</p> <p>só que a gente está sempre fazendo o trabalho dos outros</p> <p>passa do nosso cuidado de enfermagem, a gente acaba fazendo o papel do médico, do psicólogo, de mediador familiar</p> <p>descaracteriza nossa profissão [...]a gente acaba fazendo e apagando mais</p>	<p>- SOBRECARGA DE TRABALHO</p> <p>- FALTA DE HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO</p> <p>- DESVIO E ACÚMULO DE FUNÇÕES</p> <p>- DESCARACTERIZAÇÃO</p>

<p><i>gente tem a potencialidade por trabalhar com eles, justamente por conhecer eles, né. Só que aí, passa do nosso cuidado de enfermagem, a gente acaba fazendo o papel do médico, do psicólogo, de mediador familiar. São potencialidades que no caso seriam pra agentes do cuidado, mas ao mesmo tempo, descaracteriza nossa profissão, e a gente acaba fazendo e apagando mais incêndios”(Rubi).</i></p> <p><i>“viu, eu acho que isso é um pouco de todos, que na verdade a gente não se atem nas funções do Enfermeiro, no caso. Você vai ajudando a resolver tantas outras coisas que deixa a assistência mais efetiva e mais presente do paciente de lado. E...não tem como dizer eu vou fazer assistência de Enfermeiro, você acaba fazendo outras coisas, daí a parte burocrática que tira muito tempo da gente, também tem que ser feito, né. Então eu acho que ninguém consegue</i></p>	<p>incêndios</p> <p>na verdade a gente não se atem nas funções do Enfermeiro</p> <p>a parte burocrática que tira muito tempo da gente, também tem que ser feito, né.</p> <p>Ninguém consegue desempenhar o papel realmente do Enfermeiro</p> <p>primeiro ponto a remuneração baixa, eu acho que a nossa profissão, ela é maravilhosa [...] só que financeiramente ela é ridícula.</p>	<p>DA PROFISSÃO</p> <p>- BUROCRATIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM</p> <p>-BAIXA REMUNERAÇÃO</p> <p>- FALTA DE AUTONOMIA</p>
---	---	---

<i>desempenhar o papel realmente do Enfermeiro”(Ametista).</i>		
--	--	--

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

A análise temática foi realizada com todas as informações levantadas nos três CC, sendo que a compilação em temas geradores facilita a análise crítica e a proposição de transformações na prática. Os 59 temas geradores (APÊNDICE B) identificados no primeiro e segundo CC foram reapresentados no terceiro (fase Desvelamento Crítico) durante o qual os participantes foram instigados a analisar e refletir criticamente sobre os temas, elencando os que apresentam maior significância e necessidade de intervenção, de acordo com a realidade de cada um e do grupo. A partir do Desvelamento, resultaram 16 temas geradores finais, apresentados no Quadro 02.

**Quadro 02** - Apresentação dos 16 temas geradores finais, relacionados às temáticas que representam as potencialidades e desafios para as melhores práticas em enfermagem.

<b>Potencialidades para melhores práticas de enfermagem na RAS</b>	<b>Desafios para melhores práticas de enfermagem na RAS</b>
Trabalho em equipe	Equipe reduzida
Liderança	Burocratização do trabalho
Vínculo com o paciente	Pouco reconhecimento profissional (por gestores e usuários)
Espaços de aprendizagem coletiva	Remuneração baixa
Empoderamento do enfermeiro	Falta de diálogo entre enfermeiros
	Ausência de Educação Permanente em Saúde (EPS)
	Falta de autonomia e apoio (da gestão)
	Interferência política na assistência
	Sobrecarga de trabalho
	Falta de valorização e cuidado com cuidador
	Falta apoio órgãos de classe

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Com base nas temáticas, realizou-se a escrita dos três manuscritos que, juntamente com o produto, respondem aos objetivos propostos e formam o conjunto dos resultados do estudo.

## 5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No desenvolvimento da pesquisa, observaram-se as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos (BRASIL, 2012). Por se tratar de um recorte de pesquisa, o macro projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UDESC e obteve aprovação mediante parecer número 2.380.748/2017 (ANEXO I). Também conta com autorização da CIR (ANEXO II) a qual a RAS está vinculada. Ainda assim, o projeto foi apresentado pessoalmente ao gestor de cada Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital de referência, obtendo a concordância e aprovação dos mesmos. A partir disso, a pesquisadora realizou contato prévio com cada enfermeiro atuante na RAS local para convidá-lo a fazer parte do estudo. Não havendo a possibilidade de contato pessoal com os enfermeiros, em virtude da incompatibilidade de horários e da greve dos caminhoneiros que estava acontecendo nesse período, optou-se por contato telefônico e após, com autorização dos participantes, o contato deu-se via mensagens pelo dispositivo Whatsapp, meio esse utilizado posteriormente para convites e trocas de informações.

No primeiro contato, foi apresentado o projeto de pesquisa, objetivos, metodologia, resultados e importância do mesmo no fomento a profissão da enfermagem, além de assegurar a garantia do anonimato do estudo, sendo que terão liberdade em aceitar participar ou não da atividade proposta. O aceite se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III) e do termo de consentimento para uso de imagem e voz (ANEXO IV). Para garantir o anonimato de acordo com preceitos éticos, substitui-se o nome dos participantes por nomes de pedras preciosas a escolha de cada um.

O fato de os participantes serem trabalhadores da mesma RAS em que atua a pesquisadora não representou um conflito ético, pois o método participante permite essa aproximação. Na prática, observou-se, efetivamente, um processo de troca e aprendizado mútuo, o que atende aos objetivos deste estudo.

O registro dos temas geradores foi feito em um bloco de notas de uso pessoal da pesquisadora, sendo também realizado o registro por gravação de áudio, assegurando aos participantes o direito de solicitarem que a gravação fosse interrompida quando não quisessem que algo fosse gravado, conferindo a totalidade do registro das informações

problematizadas durante esses momentos. Os dados obtidos durante a pesquisa serão arquivados pela pesquisadora pelo período de cinco anos e, após, serão inutilizadas.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca”.

(Paulo Freire)

A apresentação e discussão dos resultados da pesquisa seguiu as recomendações do MPEAPS/UDESC, que conta com a prerrogativa de produzir conhecimentos, desenvolver tecnologias para o cuidado em enfermagem e qualificar as práticas dos profissionais enfermeiros que fazem parte do curso. Assim, espera-se que o Programa divulgue os conhecimentos adquiridos por meio da geração de produtos e processos voltados para a formação de enfermeiros altamente qualificados e inseridos no mercado do trabalho (BRASIL, 2016).

Os resultados apresentados a seguir foram estruturados no formato de três manuscritos que configuram **produtos científicos** do Trabalho de Conclusão de Curso e respondem aos objetivos do presente estudo. Eles serão apresentados neste capítulo e, posteriormente adequados e submetidos para avaliação e publicização em periódicos científicos.

**Produto científico 2<sup>18</sup>** - O manuscrito I remete ao produto científico da pesquisa intitulado como “**Melhores práticas em enfermagem na Rede de Atenção à Saúde: potencialidades e desafios**” apresenta os resultados do estudo referentes a problematização sobre as melhores práticas na RAS com os enfermeiros que nela atuam. A etapa da investigação temática que ocorreu durante todos os Círculos de Cultura, permitiu identificar outros temas relacionados à potencialidades e desafios em reconhecer e assumir o seu papel dentro das dimensões da gestão, do ensino, da prática e da pesquisa, bem como, apresenta dificuldades na compreensão do conceito de melhores práticas.

**Produto científico 3** - O segundo manuscrito científico “**Interlocução e apoio no desenvolvimento das melhores práticas em enfermagem**”, trata da valorização dos movimentos de educação permanente, instigando a reflexão do enfermeiro frente as situações do cotidiano e sua transformação para um agir solidário e coletivo, potencial de mudança da realidade, na direção da integralidade do cuidado, da corresponsabilização e das melhores práticas da enfermagem.

---

<sup>18</sup> Ficou designado como “Produto científico 2” pois o produto 1 configura-se como o manuscrito de revisão de literatura, apresentado anteriormente.

**Produto científico 4** - O terceiro manuscrito remete ao produto técnico construído a partir do movimento de Educação Permanente gerado durante o desenvolvimento da pesquisa e intitulado “**Itinerário de Educação Permanente para melhores práticas em enfermagem na Rede de Atenção**” descreve o Itinerário construído e a potencialidade dos espaços de ensino-aprendizagem para transformação das práticas, mediante incentivo à autonomia e protagonismo do enfermeiro na direção das melhores práticas. O mesmo fará parte de um capítulo de livro que está sendo organizado pelo Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC.

Além disso, **produtos técnicos e tecnológicos** foram gerados, os quais estão listados abaixo e serão explorados, no presente capítulo do Trabalho de Conclusão de Curso:

**Produto técnico 1 – Atividade de articulação ensino-serviço (Participação em atividades de educação que promovam a integração ensino-serviço) (BRASIL, 2016) - Projeto Telessaúde UDESC:** parceria entre a UDESC com o Telessaúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Ministério da Saúde. O Projeto Telessaúde UDESC objetiva dar visibilidade à produção do MPEAPS da UDESC e contribuir com o EPS no estado;

**Produto técnico 2 – Curso de curta duração (Oferecimento de módulo em curso de aperfeiçoamento em EAD - 60 a 360 horas) (BRASIL, 2016) - Minicurso Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde<sup>19</sup>:** material pedagógico instrucional com multimídia de 60 horas via Telessaúde/SC, para profissionais gestores de saúde do estado de SC, sobre tecnologias de gestão na Atenção Primária à Saúde;

**Produto técnico 3 – Desenvolvimento de material didático e instrucional (Material didático - manual) (BRASIL, 2016) - Material didático instrucional para gestores da APS:** material impresso para o minicurso, seguindo orientações do Telessaúde/SC.

---

<sup>19</sup> Os produtos técnicos 2 e 3 foram construídos pelas mestrandas Mônica Ludwig Weber e Carise Fernanda Schneider, sob orientação das professoras Carine Vendruscolo e Letícia de Lima Trindade, unindo os resultados das suas Dissertações de Mestrado.

**Produto técnico 4 - Realização de grupos com gestantes, usuárias da RAS e “1º Mamaço”**, colocando frente a frente os enfermeiros dos diferentes pontos da Rede e os usuários que por ela circulam;

**Produto técnico 5 – Atividade de articulação ensino-serviço (Participação em atividades de educação que promovam a integração ensino-serviço) (BRASIL, 2016) - Participação na CIES Regional e seus desdobramentos** – As ações desenvolvidas durante o mestrado ganharam destaque junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região Oeste de SC, a qual a pesquisadora foi convidada a integrar a Câmara Técnica, representando o setor atenção à saúde do seu município. Esse grupo é responsável pela efetivação e acompanhamento de ações de EPS na Região, atendendo às estratégias prioritárias elencadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina (PEEPS) – 2019/2022 - e as diretrizes legais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

## 6.1 PRODUTO CIENTÍFICO II - MELHORES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS<sup>20</sup>

### RESUMO

O objetivo do estudo consistiu em compreender as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa ação participante, pautado no referencial metodológico de Paulo Freire, a partir das etapas: investigação temática, codificação e decodificação e desvelamento crítico em três Círculos de Cultura. Participaram 10 enfermeiros na Rede de Atenção à Saúde do Oeste de SC entre os meses de junho a agosto de 2018. Emergiram nos diálogos os aspectos que representam as potencialidades e os desafios relacionados ao desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede, dentre os quais, destaca-se a liderança da enfermagem e o vínculo com o usuário, apesar dos inúmeros desafios que envolvem as práticas, como a falta de diálogo e de valorização profissional, e a pouca familiaridade com as dimensões das melhores práticas. Metodologias crítico-reflexivas como os Círculos de Cultura foram destacadas como oportunidades para a problematização do processo de trabalho. Conclui-se que os enfermeiros buscam aprimorar suas práticas na Rede, contudo, faz-se necessário estabelecer a comunicação entre eles, em espaços dialógicos que despertem a avidez pela busca e compartilhamento do saber, na direção das melhores práticas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Enfermagem; Assistência Integral à Saúde; Padrões de Prática em Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Em tempos de desenvolvimento tecnológico e das mídias sociais, incorporadas no cotidiano de grande parte da população, o modelo de atenção à saúde, assim como os serviços e os profissionais que nele atuam, percebem a necessidade de remodelar a assistência prestada. Soma-se a isso, a crise do setor saúde no Brasil, cujas pressões que recaem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a posicionam como objeto de troca e competição entre o setor público e privado, convertendo em mera mercadoria essa valiosa dimensão da vida (MOROSINI; FONSECA, 2017). Convém destacar, as mudanças do perfil sociodemográfico, em especial o aumento da expectativa de vida da população e a crescente taxa de doenças crônicas não-transmissíveis.

---

<sup>20</sup> O manuscrito I será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva - número temático "Sistema de Saúde e Trabalho: Desafios da Enfermagem, e está em análise e teve como co-autores: Enf<sup>a</sup> Mestranda Mônica Ludwig Weber, Dra. Carine Vendruscolo, Dra. Edlamar Kátia Adamy, Dra. Letícia de Lima Trindade, Dra. Ivonete Terezinha Buss Heidemann e Enf<sup>o</sup> Daise Mara Rosset.

Nesse horizonte desafiador, despontam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) definidas como arranjos horizontais que compreendem serviços de diferentes densidades tecnológicas e ações que interligam seus pontos de modo a intervir no processo saúde-doença observando os princípios do SUS (MENDES, 2015; MOLL et al., 2017). A importância das RAS evidencia-se na cooperação entre os pontos favorecendo a criação de vínculos entre profissionais, usuários e organizações, com redução de custos, aprendizagem mútua e fortalecimento da sinergia entre o conhecimento e ações de melhoria na qualidade da assistência (ALMEIDA et al., 2015).

A atuação em Redes, embora conste na Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, fica evidente desde 2011, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) - Atenção Básica (AB) para o Brasil - como ordenadora do cuidado. Todavia, permanecem obstáculos que ultrapassam o campo legislativo e a existência de normativas nem sempre dá conta de garantir a disposição dos serviços públicos de saúde em rede e a efetividade dessa organização. Dentre os obstáculos estão a falta de conscientização dos gestores e das equipes de saúde quanto à relevância desse modelo organizativo e o desconhecimento dos profissionais sobre os modos de gerir as RAS (MAFFISSONI et al., 2018).

Frente a essas novas conformações no cenário da saúde brasileira, torna-se fundamental uma gestão eficiente dos serviços, assim como, profissionais capacitados e, constantemente atualizados. Nesse aspecto, o enfermeiro é considerado fundamental na condução e articulação da assistência, tornando-se um facilitador na interligação entre os pontos de atenção da RAS, por sua proximidade com o usuário e comunidade, e seu conhecimento de território (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). Há de se considerar, no entanto, que tais habilidades vêm evoluindo e se aprimorando, mais atualmente, com a busca e utilização de evidências científicas na prática de enfermagem. Pautar a conduta com base em tradições, conselhos de colegas ou manuais desatualizados não é mais tolerado, pelo contrário, se faz necessário potencializar a assistência ética e respeitosa, garantindo a segurança do usuário no serviço de saúde (MACKEY; BASSENDOWSKI, 2017).

Observada essa questão, identificam-se lacunas que interferem diretamente, no exercício profissional do enfermeiro, a saber: a falta de domínio de novas tecnologias de gestão do cuidado e déficits referentes à formação, na qual se percebe a fragilidade em problematizar o saber e o fazer profissional, à luz de referências conceituais e metodológicos que promovam a criticidade e a autonomia (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016). Os processos de formação de pessoal para atuar no SUS, embora este seja o maior empregador do setor saúde no Brasil, permanecem direcionados às demandas de mercado,

tangenciando as reais necessidades de mudanças e fortalecimento da APS. As instituições formadoras apresentam propostas que fortalecem a incorporação do ensino tecnológico de alta complexidade, a custos elevados, destacando as especialidades (SILVA; CASSIANI; FREIRE FILHO, 2018).

Corroborando com o exposto acima, acredita-se no resgate das melhores práticas como possibilidade de atender e fortalecer os princípios organizativos da RAS, e consequentemente do SUS. Considera-se uma “melhor prática” aquela definida como técnica ou metodologia que, pela experiência ou investigação, possui confiabilidade comprovada para produzir um bom resultado. Em outras palavras, consiste no conhecimento sobre a prática que funciona em situações e contextos específicos, com a utilização racionada de recursos para atingir os resultados desejados, e que pode ser replicada em outras situações ou contextos (OMS, 2008).

No contexto da RAS, as melhores práticas de enfermagem perpassam qualquer forma de assistência direta ou planejamento que reflita na melhoria da qualidade de vida do usuário. O profissional deve estar atento a todo o projeto de intervenção junto ao usuário e próximo de seu contexto familiar, pois quanto mais a pessoa envolvida está longe do processo cuidativo, menor será a adesão ao plano de cuidado. O usuário e sua família podem ser protagonistas do cuidado e, para tanto, é papel do enfermeiro fomentar o desenvolvimento da sua consciência social, uma vez que o estabelecimento das melhores práticas está diretamente ligado ao potencial de fortalecimento desses grupos, oriundos das reproduções sociais que, por sua vez, interferem no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (EGRY, 2018).

Perante essas considerações, emergem as seguintes questões de pesquisa: quais são as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na RAS? Como essas práticas podem contribuir para a qualificação do cuidado de enfermagem? Nessa direção, delineou-se, como objetivo deste estudo: compreender as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede de Atenção à Saúde.

## **MÉTODOS**

Estudo qualitativo, do tipo ação participante, com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que se alicerça numa perspectiva pedagógica libertadora, conduzida por meio do diálogo e de relações horizontalizadas. Este referencial metodológico organiza-se em três momentos dialéticos: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico, concretizados em espaços chamados de Círculo de Cultura (CC), os quais se caracterizam por um grupo de pessoas com algum interesse comum, que discutem

sobre seus problemas e situações de vida, construindo uma percepção mais profunda da realidade (FREIRE, 2017; HEIDEMANN et al., 2017).

A pesquisa foi realizada em uma RAS com três municípios situados na Macrorregião Oeste de Santa Catarina, população total aproximada de 18 mil habitantes, constituída por serviços de atenção primária, secundária e terciária. A escolha desses municípios se justifica por se tratar de uma RAS bem definida, com os três níveis de atenção à saúde, mas que carece de estratégias que melhorem seus fluxos.

Os participantes foram 10 enfermeiros - nove do sexo feminino e um do sexo masculino- que atuam na RAS assim distribuídos: oito profissionais em Unidades Básicas de Saúde, um em Centro de Apoio Psicossocial e Pronto Atendimento, e três no Hospital. Foi critério para inclusão atuar como enfermeiro na RAS há pelo menos, três meses. Optou-se por esse tempo mínimo de atuação, considerando número total de participantes, possíveis faltosos e licença maternidade. Essa opção não interferiu no processo da pesquisa, uma vez que o foco do estudo foram as melhores práticas, sendo que essas nem sempre estão atreladas ao processo de trabalho, mas sim, a atuação pessoal de cada profissional. Excluíram-se os enfermeiros que, no período da coleta de dados, estavam de licença ou afastados do serviço por qualquer motivo.

A investigação dos temas ocorreu por meio de três CC, tendo a participação média de sete enfermeiros em cada encontro, entre os meses de junho à agosto de 2018. Foram realizadas as três etapas do Itinerário, com intervalo de aproximadamente 21 dias entre os encontros. A dinamicidade e flexibilidade dos CC permitiu que fossem realizados com um número reduzido e irregular de participantes, com aproximação entre pesquisadores e participantes. O rigor epistemológico foi garantido mediante a reflexão profunda da realidade, promovendo a autonomia dos mesmos no processo e sua transformação, conforme a literatura orienta (HEIDEMANN et al., 2017).

Os CC tiveram a duração de cerca de duas horas e ocorreram em sala de reuniões, previamente agendados. Exibiu-se a temática e os objetivos da pesquisa, a apresentação e justificativa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante da pesquisa. Buscou-se criar um ambiente que favorecesse o diálogo entre o grupo, cujos participantes eram dispostos em torno de uma mesa.

Para o primeiro encontro, foi elaborado um “cartão de boas vindas”, agradecendo o aceite em participar da pesquisa, seguido de cinco questões disparadoras: há quantos anos você atua como enfermeiro? Fez ou está fazendo alguma pós-graduação? Refletindo sobre sua prática diária, o que você aponta como facilidades ou potencialidades da profissão? O que

você modificaria na sua prática diária? A partir do primeiro CC, emergiram 59 temas geradores, os quais foram codificados e decodificados durante os encontros, por meio de tarjetas coloridas dispostas em um painel, resgatado a cada encontro, favorecendo a reflexão no grupo. Os temas geradores foram reduzidos até chegar a 16, considerados representativos das principais demandas dos enfermeiros, relacionadas ao objeto. As temáticas foram refinadas e desveladas no último encontro, agrupadas em duas categorias que versam sobre as potencialidades e desafios no desenvolvimento das melhores práticas no contexto da RAS.

O desvelamento dos temas investigados foi realizado com todos os participantes envolvidos no estudo, como sugere o Método Paulo Freire. O Referencial Teórico das melhores práticas, aliado às concepções freireanas, contribuíram no processo de desvelamento crítico dos temas, a partir da análise das informações, que ocorreu por meio de leitura cuidadosa das informações registradas. Foram identificadas as temáticas significativas de cada encontro, relacionando-as com o objetivo do estudo. Posteriormente, os temas destacados nortearam a reflexão com os participantes a fim de decodificar os temas geradores identificados. Devido ao referencial teórico-metodológico preconizar um processo dialógico, crítico e participativo, a análise dos dados dos CC ocorreu concomitantemente à produção das informações. Desse modo, em todas as etapas da investigação temática, os pesquisadores realizaram a transcrição do material gravado em áudio, organizaram os registros do material produzido. Este foi lido, buscando sistematizar as informações (redução temática) e apresentá-las de modo organizado às participantes no início de cada novo encontro (DURAND; HEIDEMANN, 2013).

O registro dos temas geradores foi realizado em um bloco de notas de uso pessoal da pesquisadora/facilitadora, sendo também realizado por gravação de áudio, mediante consentimento. A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa número 2.380.748, autorizada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) a qual a RAS está vinculada. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificadas com nomes de pedras preciosas de acordo com a escolha individual.

## **RESULTADOS**

### *Investigação temática*

No primeiro CC, com as questões guias buscou-se promover um momento de auto-reflexão dos enfermeiros sobre seu percurso de vida profissional e sobre a enfermagem

enquanto profissão: *a gente tem um grande campo (de conhecimento) na verdade, só que a gente está sempre fazendo o trabalho dos outros. A gente conhece a nossa população, tem a potencialidade por trabalhar com eles, justamente por conhecer eles! Só que aí, passa do nosso cuidado de enfermagem, a gente acaba fazendo o papel do médico, do psicólogo, de mediador familiar* (Rubi). Também possibilitou a apresentação da pesquisa e investigação dos principais temas geradores relacionados.

No segundo CC, empregou-se uma dinâmica que utilizou tarjetas coloridas em painel para visualização e discussão coletiva e posterior codificação e decodificação dos temas geradores. Na fase de Investigação Temática emergiram 59 temas geradores que refletiram a realidade dos participantes e oportunizaram o diálogo, os quais foram codificados – decodificados, culminando em 16 temas de interesse. Ao final foram identificadas pelo grupo duas temáticas principais que foram desveladas durante os CC: potencialidades e desafios frente ao desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem na RAS, contempladas neste estudo.

**Quadro 1.** Apresenta dos 16 temas de interesse dos participantes dos CC.

<b>Potencialidades para melhores práticas de enfermagem na RAS</b>	<b>Desafios para melhores práticas de enfermagem na RAS</b>
Trabalho em equipe	Equipe reduzida
Liderança	Burocratização do trabalho
Vínculo com o paciente	Pouco reconhecimento profissional (por gestores e usuários)
Espaços de aprendizagem coletiva	Remuneração baixa
Empoderamento do enfermeiro	Falta de diálogo entre enfermeiros
	Ausência de Educação Permanente em Saúde (EPS)
	Falta de autonomia e apoio (da gestão)
	Interferência política na assistência
	Sobrecarga de trabalho
	Falta de valorização e cuidado com cuidador
	Falta de apoio dos órgãos de classe

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

### *Codificação e decodificação*

Na etapa da codificação e decodificação dos 16 temas já apresentados, destaca-se o diálogo como ferramenta essencial na construção das reflexões coletivas. A dinâmica inicial disparou a problematização da temática central do estudo e proporcionou um momento rico de troca de vivências, desabafos, insatisfações e alegrias sobre a prática e o contexto profissional de cada enfermeiro. Dispostos em Círculo de Cultura, em um ambiente descontraído, os oito participantes externaram suas percepções: *a gente oferece um cuidado melhor para eles*

(usuários) *e não oferecem cuidado nenhum para nós* (profissionais) (Rubi). Importante destacar que os encontros foram sempre mediatizados pelo respeito à opinião do outro, reconhecendo nos relatos dos colegas, sua própria vivência e, assim, os temas emergiram de acordo com o envolvimento e interesse dos participantes.

As falas remetem a insatisfação com a profissão, sobretudo pelo acúmulo de atividades designadas ao enfermeiro que, por sua formação generalista, dá conta de resolver problemas de toda a ordem: *eu acho que isso é um pouco de todos, que na verdade a gente não se detém nas funções do enfermeiro [...] ajudando a resolver tantas outras coisas que deixa a assistência mais efetiva e mais presente do paciente em segundo plano* (Ametista). Percebe-se diversas situações limite, pontuadas pelos enfermeiros, comuns aos diferentes contextos de atuação, especialmente aqueles relacionados a gestão dos serviços. Outro ponto em destaque remete à burocratização do trabalho e à cobrança do gestor pela agilidade e produção, somados à falta de pessoal, como ilustra a fala: *a estrutura da APS foi mudando, foram acrescentando um monte de funções, um monte de programas, [...] o quantitativo de pessoal ou equipe mínima, que consta na política, continua o mesmo. E a gestão não quer saber se aumentou ou não o serviço, eles cumprem com o mínimo e deu. Para fazer um preventivo (exame preventivo de Câncer de Colo Uterino), por exemplo, você precisa digitar em três sistemas diferentes a mesma informação. Isso demanda tempo* (Safira).

Destacam como desafios para sua atuação na RAS a falta de reconhecimento do enfermeiro e do seu papel pelos gestores e usuários, os baixos salários, a sobrecarga de trabalho, a falta de diálogo entre os enfermeiros da RAS, a falta de autonomia e de apoio (respaldo) da gestão e do próprio Ministério da Saúde, para realizar determinados procedimentos e condutas: [...] *a falta de autonomia em alguns procedimentos, que é relacionada a você estar fazendo determinadas ações e não ter, por questões éticas, respaldo; outras situações de falta de respaldo por parte do Ministério, muitas vezes você sofre boicotes e, mesmo você conseguindo construir tudo isso, ou através do prestador, você construindo isso dentro do município, se você tiver que fazer um encaminhamento, exames de imagem, esse tipo de coisa que hoje teria aval, você também sofre* (Diamante).

Com relação à temática da falta de autonomia, refletiu-se sobre a construção social da profissão no Brasil e no mundo, a partir de um resgate histórico mediado pela facilitadora. No entanto, o grupo relata que, de maneira geral, as ações da enfermagem permanecem no anonimato, o que faz com que a profissão tenha pouca visibilidade, estando à deriva de outras: *a gente tem essa potencialidade, mas ao mesmo tempo está estagnado, não está buscando se unir, se fortalecer para melhorar isso* (Ônix). *Então a gente está escondida atrás da parte*

*médica. Porque na verdade, a nossa cultura é fogo! Na cabeça das pessoas, daqueles que dependem (do cuidado - usuários), a enfermeira ou o papel da enfermeira é simplesmente trocar fralda, ajudar a levar no banheiro, poucos enxergam realmente a importância (Ametista).*

Foi codificada e decodificada também, a temática da falta de diálogo, considerada um nó crítico para a prática dos enfermeiros e que afeta negativamente a assistência no âmbito do atributo essencial da APS “longitudinalidade do cuidado”. Nessa direção foi problematizada a importância do vínculo e o acompanhamento do indivíduo a longo prazo, atendendo aos atributos derivados: “coordenação do cuidado” e “competência cultural”: *e todos (os profissionais), absolutamente todos, tem que falar a mesma linguagem (Esmeralda). Ele (usuário) vai para algum especialista, ele vai para outro médico, daí ele volta de novo [...] A gente consegue ver o todo, na AB a gente vê o todo, ele inserido na sociedade, ele inserido na família, toda essa estrutura externa (Jade).*

Os relatos destacam a importância da efetividade de cada serviço (ponto da Rede) para o funcionamento da RAS, assim como do envolvimento da enfermagem no cuidado integral: *[...] eles (usuários com sofrimento psíquico) entram em surto, acabam indo parar no hospital. Agora, desses que mais surtam ou que são de difícil adesão ao tratamento, eu seguro as receitas aqui, principalmente do haldol (medicamento). Se o paciente não vem no dia, eu sei que ele tem que fazer, e aí eu acabo fazendo busca ativa desse paciente para administrar a medicação (Safira).*

Apontam os participantes, aspectos positivos, relacionados à liderança e ao fato de o enfermeiro ser considerado o profissional de referência para equipe e também para o usuário: *na interação com os pacientes você tem uma facilidade bem grande nessa profissão, com a equipe também. Gerenciar problemas; você acaba por realizar questões administrativas, questões técnicas, questões de área e problemas clínicos, médicos, você acaba sendo o (profissional) mais qualificado (Diamante).* O vínculo com o usuário e comunidade direciona à uma relação de confiança: *uma potencialidade [...] é o vínculo que a gente tem com a população (Ágata).*

Os enfermeiros manifestam a necessidade de momentos como os proporcionados pelos CC, de aprendizagem coletiva e trocas de vivências, para que a Rede opere de forma efetiva e para a melhoria da sua prática: *[...] refletir sobre o que fazemos e onde queremos chegar. Muito válido, até para conhecer a realidade da AB, que a gente que está no outro ponto as vezes julga, não entende, não sabe o que acontece (Cristal). [...] quanto melhor o teu conhecimento, melhor é a tua prática (Ônix).*

Ficou claro, ao longo dos diálogos, que os enfermeiros estavam pouco familiarizados com a expressão “melhores práticas”. Porém, na medida em que a facilitadora foi trazendo alguns conceitos, as falas foram emergindo: *talvez seja aquela prática que você ocupa menos material [...] leva em consideração o custo-benefício do procedimento* (Safira). Nesse ponto, houve divergências de opiniões sobre o conceito, no entanto, todos entendem que, para ser considerada uma “melhor prática”, precisa levar em consideração o contexto e a cultura do paciente, os recursos disponíveis e a experiência profissional: *outro fator importante é a questão da negociação, sempre! É assim que se trabalha, nunca você vai chegar e cortar as coisas de alguém, ou falar: a senhora tem que guardar a comida na geladeira, mas talvez ela não tenha uma geladeira em casa né? Então é partir da realidade de cada um* (Ametista).

#### *Desvelamento crítico*

A fase do desvelamento crítico ocorreu no último CC. Observou-se que entre as potencialidades e desafios, as temáticas que mais se evidenciaram foram intrínsecas a profissão: necessidade de autonomia, de reconhecimento, a insatisfação com o emprego, baixos salários; e temáticas relacionadas a atuação em equipe: gestão colaborativa e diálogo entre enfermeiros da RAS.

Nesse momento, estimulou-se a reflexão dos participantes, devolvendo os temas, anteriormente codificados e decodificados, ao Círculo para debate, buscando a problematização e a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica, bem como a descoberta das situações limite. A elucidação do conceito de melhores práticas estimulou esse processo. Nessa direção emergem falas, como: *eu trabalho na saúde mental e penso que uma boa prática foi trazer os familiares ou um acompanhante na consulta do paciente. Porque caso contrário, o paciente vinha e saía da consulta e não sabia o que fazer com a receita que o médico deu, com a orientação* (Safira).

A oportunidade de participar dos CC favoreceu a construção de novas possibilidades de transformação das práticas do cotidiano, exemplificada por falas como a seguinte, que destaca a importância do diálogo entre enfermeiros que atuam nos diferentes pontos da Rede: *eu não imaginei que seria tão bom um momento desses! O simples fato de estarmos reunidos já é um acontecimento histórico. Poder trocar ideias, falar de problemas gerais, até nos dá um certo alívio* (Ametista). *Eu acho muito bons esses encontros, a gente sempre queria ficar mais um pouco, trocar experiências, conhecer a realidade do outro, e até nos divertimos* (Cristal).

O encerramento dos encontros ocorreu de forma descontraída, evidenciando a aproximação entre todos os participantes, favorecidas pelo contexto da pesquisa e do método utilizado.

## **DISCUSSÃO**

Embora a configuração das RAS venha sendo discutida desde 2011, para sua efetivação, há de se avançar, pois o modelo biomédico ainda é hegemônico nas realidades de assistência (MENDES, 2015). Contudo, mudanças gradativas operam no contexto brasileiro e direcionam a organização e o funcionamento em Rede, tendo a APS como coordenadora.

Os diálogos que emergiram dos CC denunciam a dificuldade dos enfermeiros para encontrarem sua identidade profissional, nesse cenário. No decorrer dos encontros, ocorreu uma maior aproximação e compreensão dos enfermeiros sobre o trabalho em Redes e sobre a importância de buscarem sua autonomia e, até mesmo, o cuidado de si (cuidado do cuidador) em meio a esse processo laboral. Esses desafios da enfermagem para o desenvolvimento das suas práticas implicam o contexto de trabalho. Fica perceptível, coerente com outros estudos, que as relações de poder que se estabelecem em um determinado cenário de práticas no qual convivem diferentes profissionais, carece de deslocamento de pontos de vista, de transformações, no usuário e no trabalhador, de modo que o cuidado seja menos o protocolar, normatizado, abrindo-se para uma possibilidade criativa e fecunda no fazer em saúde, a partir dos encontros que ali se estabelecem (ANDRADE; GIVIGI; ABRAHAO, 2018; CAMPOS et al., 2014).

Nesse contexto, emerge a necessidade de desenvolvimento da liderança do profissional de enfermagem (AMESTOY et al., 2014) e, no âmbito dessa proposta de transformação do modelo vigente, nasce o apoio matricial, a partir de experiências institucionais voltadas para transformar o cotidiano, pautado na distribuição de poder, nas relações mediante pactuações, alteridade e mediação de conflitos (CAMPOS et al., 2014). No Canadá, Espanha e Portugal, alguns serviços operam na perspectiva do apoio, a partir do conceito de “Enfermeiro de Ligação ou de Enlace”, com o propósito de estabelecer comunicação com o paciente e assegurar a continuidade do cuidado entre o hospital e outros serviços. Essa função corresponde ao profissional que realiza a articulação na rede (referência do usuário entre os pontos de atenção da rede, na lógica da clínica ampliada) (RIBAS et al., 2018). Embora essa discussão, no Brasil, não tenha encontrado significância, tal atividade poderia evoluir para outras expressões - como a Enfermagem de Prática Avançada ou a

Enfermeira de Apoio - e colaborar para a aproximação entre os serviços e com o fluxo de informações. Nessa direção, a troca de saberes entre os profissionais seria uma linha de comunicação integrativa, colaborando com a consolidação dos conhecimentos e com a coordenação do cuidado na APS (MIRANDA NETO et al., 2018; RIBAS et al., 2018).

A RAS constitui-se de elementos favoráveis para efetivação dos princípios da integralidade e resolubilidade previstos pelo SUS. Para tanto, um dos elementos é a estrutura operacional, que proporciona a articulação entre os pontos e a atuação de profissionais de diferentes categorias, dentre os quais se destaca o enfermeiro. No cerne desse contexto organizacional é profícuo que o enfermeiro se apodere do referencial das melhores práticas, elemento potencial para qualificação do cuidado e da assistência, tendo em vista seu caráter inovador, ancorado em evidências científicas e que demonstram ser eficazes em realidades distintas (OMS, 2008). A pesquisa contribuiu para essa compreensão, pois possibilitou aos enfermeiros descobrirem que não se trata de um melhor dispositivo, tecnologia, ou técnica, de maneira isolada, mas sim, de um conjunto de procedimentos, observado o contexto do usuário, e que levará ao melhor resultado possível, podendo ainda, ser replicado em outras realidades do seu cotidiano laboral.

Arelado a esse conceito estão os atributos essenciais da APS, como o acesso, a resolutividade e a integralidade, além das relações de afeto e vínculo entre profissionais, usuários e com a própria gestão dos serviços, atendendo aos atributos coordenação do cuidado e à competência cultural (STARFIELD, 2002). Esses elementos estão subentendidos nas falas dos enfermeiros, quando destacam que, tanto as potencialidades quanto as fragilidades que implicam o desenvolvimento de práticas de cuidado de enfermagem na Rede tem a ver com questões de vínculo e afeto, com usuários e com os membros da equipe interprofissional, e mesmo, com as relações de poder que ali se estabelecem (CAMPOS et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza que o processo de trabalho em saúde propicie relações de vínculo, responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017). Percebeu-se a clareza do papel da enfermagem para viabilizar tais pressupostos, apesar dos desafios postos na prática profissional. Ao desvelá-los, os enfermeiros relataram vivenciar situações de sofrimento moral, desencadeadas pela sobrecarga de trabalho, falta de humanização e valorização, além da hegemonia de uma gestão pouco colaborativa. Esses fatores direcionam à insatisfação com o trabalho e, por vezes, com a profissão.

Em estudo sobre o tema, identificou-se que, além dos prejuízos pessoais ao profissional, esses fatores afetam diretamente, a qualidade do cuidado, situação agravada pela

estrutura física e organizacional inadequada, falta de materiais, de equipamentos e de pessoal (RAMOS et al., 2016). Acrescenta-se a isso, a falta de reconhecimento e de autonomia percebida pelos enfermeiros ao atuar nesse contexto, além da baixa remuneração, reflexos da construção social da profissão. A reversão desse quadro só será possível com o empoderamento do profissional e seu engajamento nas lutas por melhorias para a categoria, construção da identidade profissional e fundamentação da prática em seu pilar essencial: o cuidado de enfermagem (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Como fragilidades nesse processo de cuidar, os enfermeiros destacaram a falta de diálogo na atuação em Rede e sinalizaram a possibilidade de espaços dialógicos e de compartilhamento de vivências, que podem auxiliar na busca por estratégias conciliadoras e resolutivas, face aos problemas de comunicação enfrentados no cotidiano (RAMOS et al., 2016). Para Freire (2017, p. 109) “o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro”.

Nessa perspectiva de troca e respeito, a EPS emerge como consequência natural durante os CC, a partir da vivência oportunizada pelos encontros. Ao problematizar questões oriundas do processo laboral é possível compartilhar objetivos, desenvolver identidade de equipe e buscar o cuidado integral, considerando o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Fica claro que o sucesso do trabalho em equipe, na enfermagem, depende da relação que se estabelece entre os profissionais e que existem elementos que podem implicá-las, tais como a formação, a experiência profissional e dinâmicas de trabalho.

Os pressupostos da EPS implicam articulação da produção do conhecimento e da prestação de cuidados, promovendo aprendizado significativo em serviço, com isso, respondendo às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS (VENDRUSCOLO et al., 2018). Para além de processos formais de educação, são movimentos coletivos e de intercâmbio de saberes que ocorrem nos encontros e interações concretas entre os sujeitos, preferencialmente, com aplicabilidade pedagógica no território em que a vida acontece (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

Com esse mesmo alinhamento pedagógico, o Método Paidéia, desenvolvido por Campos e colaboradores, corrobora com as tradições libertárias da educação, a partir da convicção que “na roda” se resolvem problemas e que ninguém sai da roda (de co-gestão) da mesma forma que entrou (CAMPOS et al., 2014). A formação de profissionais demanda

competências técnicas, ético-políticas e relacionais, acrescidas da sensibilidade para pensar também questões da vida. Propõe-se a formação permanente de sujeitos sob tensão de forças, com diferentes durações, em constante movimento e com possibilidade de transformação, tal qual a proposta da EPS (CAMPOS et al., 2014).

O CC, enquanto espaço dialógico, possibilitou a decodificação sobre as potencialidades e desafios no desenvolvimento das melhores práticas. As participantes refletiram sobre os temas geradores identificados a luz desse conceito e, durante o processo, se reconheceram capazes de transformar a realidade (FREIRE, 2017). Inicialmente, refletiram sobre o papel do enfermeiro na equipe e para o serviço. A tomada de consciência sobre sua trajetória desvelou possibilidades de mudanças e soluções passíveis de serem implementadas e que antes não eram percebidas. Os enfermeiros entendem que, para que melhores práticas aconteçam nos serviços de saúde, estes precisam prover condições para que o profissional esteja em constante atualização científica e que isso seja parte de sua rotina de trabalho, tanto quanto as atividades de cuidado (ÁLVAREZ; MOROLLÓN, 2016).

Ao tomar corpo do seu papel frente ao cuidado, os enfermeiros estarão aptos a constituir sua identidade profissional, sendo essa compreensão ferramenta de apoio em defesa da categoria (PIMENTA; SOUZA, 2017). Nesse sentido, iniciativas como a propagação dos mestrados profissionais, a atuação dos órgãos representativos como Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Regional de Enfermagem e a Associação Brasileira de Enfermagem, promovem e marcam presença constante em eventos nacionais e internacionais, nos quais se discutem esses temas.

A identificação das potencialidades, embora tímida, emergiu nas reflexões instigadas pela facilitadora durante os diálogos dos CC. O amor pela profissão, o cuidado com o bem-estar do paciente, o potencial da liderança e destaque na equipe e no serviço, são algumas. Em especial, destaca-se o perfil generalista, que facilita a articulação do cuidado interprofissional e no âmbito da RAS. Para isso, é fundamental que o enfermeiro tenha profundo conhecimento sobre funcionamento da RAS, o que facilita a sua articulação e promove a integralidade e longitudinalidade do cuidado (MOLL et al., 2017; BRASIL, 2018).

Todavia, para a estruturação de espaços dialógicos nos serviços, é preciso haver interesse e vontade dos envolvidos, tanto dos trabalhadores, dos usuários, quanto dos gestores. A articulação e a comunicação entre os enfermeiros são estratégias implementadas para que a roda continue a girar. Além disso, o empoderamento do enfermeiro e a qualificação das suas práticas, por meio da produção e consumo do conhecimento científico, respalda sua tomada

de decisão e eleva seu potencial argumentativo, numa posição de horizontalidade ante outras profissões (SILVA et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os temas geradores identificados e problematizados pelos participantes demonstram um longo caminho a percorrer nessa Rede, cujo primeiro passo foi a possibilidade do encontro entre os enfermeiros dos diferentes pontos de assistência. Faz-se necessário estabelecer elos de comunicação duradouros entre eles, permeados pelo diálogo e espaços de aprendizagem coletivos, que despertem a avidez pela busca e compartilhamento do saber.

Destaca-se a potencialidade da metodologia do Círculo de Cultura para o desenvolvimento da pesquisa em saúde, proporcionando momentos de diálogo e reflexão. Entendida como metodologia crítico-reflexiva, permite a ação-reflexão-ação, tornando o pesquisador um facilitador e um participante do estudo. Ficou evidente que os CC operaram como locus de compartilhamento de experiências e, portanto, de Educação Permanente, propulsores da reflexão e da transformação da realidade dos enfermeiros.

O cuidado que se pretende no campo da produção de saúde em Rede aponta para a possibilidade de práticas de enfermagem que se aprimorem a partir da busca pelo conhecimento e que impliquem relações entre os sujeitos, abrindo-se para diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e cuidar.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ALMEIDA, José Helder Holanda de et al. Primary health care: focusing on the health for the attention of networks. **Journal of Nursing UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 11, p. 9811-16, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10772/11910>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ÁLVAREZ, Vanesa Rodríguez; MOROLLÓN, Fernando Rubiera. Panorama de las buenas prácticas y políticas adoptadas en La Unión Europea frente al envejecimiento. **Journal of Regional Research**, v. 34, p. 139-71, 2016.

AMESTOY, Simone Coelho et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Rev. Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014.

ANDRADE, Eliane Oliveira de; GIVIGI, Luiz Renato Paquiela; ABRAHAO, Ana Lúcia. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 67-76, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000100067](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100067)>. Acesso em: 24 dez. 2018.

BARBIANI, Rosangela; DALLA NORA, Carlise Rigon; SCHAEFER, Rafaela. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24: e2721, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100609](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 set. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract)>. Acesso em: 19 jan. 2019.

COLLAR, Janaína Matheus; ALMEIDA NETO, João Beccon de; FERLA, Alcindo Antônio. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 53-64, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/140334>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

DURAND, Michelle Kunz; HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200003)>. Acesso em: 25 set. 2018.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Um olhar sobre as Boas Práticas de Enfermagem na Atenção Básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 930-1, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt\\_0034-7167-reben-71-03-0930.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0930.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2018.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. **Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. 690p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 64ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017. 256p.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss et al. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 8p., 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400601&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400601&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 set. 2018.

MACKEY, April; BASSENDOWSKI, Sandra. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. **Journal of Professional Nursing**, vol. 33, n. 1, p. 51–55, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28131148>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MAFFISSONI, André Lucas et al. Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da Atenção Primária à Saúde. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, 13p., 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6643301>>. Acesso em: 14 out. 2018.

MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-24, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193p.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de et al. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 764-9, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0716.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0716.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MOLL, Marciana Fernandes et al. O conhecimento dos enfermeiros acerca as redes de atenção à saúde. **Rev Enferm UFPE On line**, Recife, v. 11, n. 1, p. 86-93, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11881/14338>>. Acesso em: 19 out. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia para a Documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde**. República do Congo: Escritório Regional Africano Brazzaville, 2008. 10p. Disponível em: <<http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

PIMENTA, Adriana de Lima; SOUZA, Maria de Lourdes de. The Professional identity of nursing in the papers published by Reben. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 9p., 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000100304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100304&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2019.

RAMOS, Flavia Regina et al. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45247>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

RIBAS, Ester do Nascimento et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 546-553, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso/)>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, Fernando Antonio Menezes da; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; FREIRE FILHO, José Rodrigues. A Educação Interprofissional em saúde na Região das Américas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26: e3013, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3013.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, Ítalo Rodolfo et al . Conexões entre pesquisa e assistência: desafios emergentes para a ciência, a inovação e a tecnologia na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400304&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jan. 2019.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VENDRUSCOLO, Carine et al . Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, suppl. 1, p. 1353-64, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501353&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501353&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jan. 2019.

## 6.2 PRODUTO CIENTÍFICO III - INTERLOCUÇÃO E APOIO NO DESENVOLVIMENTO DAS MELHORES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM<sup>21</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** compreender a contribuição da interlocução e do apoio no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem, com vistas aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** estudo descritivo, do tipo pesquisa ação participante alicerçado no referencial metodológico de Paulo Freire, constituído por três fases: investigação temática, codificação e decodificação e desvelamento crítico. As informações foram obtidas mediante três Círculos de Cultura, com a participação de 10 enfermeiros e duração de duas horas cada, entre os meses de junho a agosto de 2018 e analisadas a luz dos atributos da APS e do conceito de melhores práticas em enfermagem. **Resultados e discussão:** a investigação revelou 59 temas geradores que foram desvelados, resultando em 16 temas finais. Foram evidenciados a interlocução e o apoio como ferramentas de base no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede, assim como favorecem aos atributos da APS. Essas ferramentas são potencializadas pela utilização de metodologias crítico-reflexivas com base na problematização da realidade e da aprendizagem significativa no trabalho, proporcionada pelos movimentos de Educação Permanente em Saúde (EPS). **Considerações finais:** o estudo permitiu compreender como a interlocução e o apoio entre enfermeiros podem contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede. Os participantes do estudo refletiram sobre as situações limite relacionadas ao seu processo de trabalho e, sobretudo, sobre suas perspectivas, na direção de melhores práticas. O Itinerário Freireano provocou a reflexão e, em certa medida, a reconstrução da práxis das enfermeiras, pois seus relatos confirmaram que os CC contribuíram para a transformação.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Enfermagem; Educação Continuada.

### INTRODUÇÃO

A Carta de Alma Ata (1978), considerada um dos marcos no contexto dos cuidados primários em saúde, já definia a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de acesso da população ao sistema de saúde, com base na universalidade. Convergente com esse modelo no cenário da saúde, Starfield (2002) define atributos como a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade na atenção, bem como a coordenação do cuidado, os quais caracterizam um serviço quanto à orientação para a APS. São esses atributos que garantem que as pessoas e coletividades tenham acesso, preferencialmente tendo a APS como porta de entrada, aos serviços de saúde, responsabilizando-se pelas condições mais comuns, bem como

---

<sup>21</sup> O manuscrito II conta com os co-autores: Enf<sup>a</sup> Mestranda Mônica Ludwig Weber, Dra. Carine Vendruscolo, Dra. Edlamar Kátia Adamy.

pelo encaminhamento para os serviços secundários e terciários, quer seja para manejo definitivo de problemas ou suporte na reabilitação (STARFIELD, 2002).

Os atributos conferem à APS o papel de agente responsável em prestar diretamente, todos os cuidados básicos, o que corresponde à resolução de 80% dos problemas de saúde da população, e em situações mais complexas, que demandem tecnologias ou especialidades, direcionar esse indivíduo para ser atendido em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cumprindo dessa forma, seu status de ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado (PORTELA, 2017; MENDES, 2015).

No Brasil, a estruturação do trabalho em saúde em equipes multidisciplinares é manifesta desde a década de 70, envolvendo profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. Entretanto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampla difusão de uma das suas estratégias prioritárias, a Saúde da Família (ESF), a equipe multidisciplinar (eSF) passou a ser um ponto estruturante do trabalho em saúde (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). A instituição do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) veio fortalecer o trabalho das eSF, priorizando o matriciamento<sup>22</sup>, com o desenvolvimento da clínica compartilhada, direcionada a discussão de casos e a realização de projeto terapêutico singular, além de estabelecer e compartilhar saberes práticos e gestão do cuidado, de modo que a multidisciplinaridade transcenda as diretrizes e resulte em um atendimento integral ao usuário, observadas todas as suas singularidades (BRASIL, 2017).

Observado essa conjuntura, entra em cena no Brasil, o conceito de interprofissionalidade. No movimento histórico de permanente reflexão sobre a reorientação das práticas e da formação em saúde, o debate sobre a educação interprofissional (EIP) e sobre as práticas nessa direção, vem ganhando visibilidade, como abordagem que busca promover a articulação entre as profissões, com base nos princípios da colaboração, reflexão e construção coletiva da aprendizagem e do trabalho (CECCIM, 2018).

Diante da crescente incorporação do conceito de trabalho multidisciplinar e seu avanço para as práticas interprofissionais, mediante o trabalho colaborativo, se faz necessária a superação do modelo biomédico, ainda hegemônico e que já não dá conta de todas as necessidades das pessoas, pois mantém a ênfase no curativismo e na fragmentação do

---

<sup>22</sup> Na APS (Atenção Básica no Brasil), o matriciamento ou apoio matricial é uma atividade desenvolvida pelo Nasf-AB, que promove a ativação de espaços de comunicação e deliberação conjunta, compartilhamento de saberes e organização de fluxos na Rede. Pode ser desenvolvida mediante o apoio técnico-pedagógico especializado, que objetiva promover movimentos de educação permanente com as equipes generalistas da eSF; e apoio clínico-assistencial especializado, no qual os profissionais do Nasf-AB (nasfianos), mediante demanda específica, realizam atendimento clínico individual ou coletivo, aumentando o potencial de resolutividade dos atendimentos na APS (SANTOS, FIGUEIREDO, LIMA; 2017; TESSER, 2016).

cuidado. Aposta-se em um arranjo organizativo horizontal, com diferentes pontos de atenção e densidades tecnológicas, que integradas por sistemas, buscam garantir a integralidade do cuidado, princípio esse que se inicia e se finda na RAS (FARIAS et al., 2018; MENDES, 2015). A fragmentação do conhecimento em especialidades configura uma medicina ocidental altamente tecnológica, muitas vezes incapaz de abordar satisfatoriamente, a complexidade do processo de adoecimento. Parte dessa problemática emerge durante a formação dos profissionais de saúde, que em seu processo acadêmico não são instrumentalizados para atuar de forma mais integral e humanizada (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Com base nessa concepção, mudanças nos processos formativos dos profissionais e uma maior integração ensino-serviço, desde a graduação até a pós-graduação, direcionam para a renovação da formação profissional, voltada para as demandas sociais do SUS, e pautada na aproximação com os cenários reais da prática (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016). Soma-se o compromisso das instituições de ensino com a formação para o trabalho em equipe interprofissional, como um modelo necessário para a resposta aos sistemas de saúde pouco resolutivos, na direção da colaboração (WHO, 2016). Nesse cenário, a enfermagem tem se destacado no contexto das práticas em saúde, especialmente por sua formação generalista, crítico-reflexiva, que lhe confere habilidade especial para transitar entre as disciplinas com relativa facilidade, e estabelecer vínculos com as pessoas, no exercício da APS. No entanto, a atuação do enfermeiro permeada pelos atributos da APS (integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade e acessibilidade) ainda tem se apresentado como um desafio, por tratar-se de um campo complexo, no qual a reorganização das práticas e dos processos de trabalho está diretamente relacionada à Educação Permanente em Saúde (EPS) (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016).

O termo "melhores práticas", no contexto da enfermagem, se refere às ações que são pautadas pela melhor evidência disponível a partir de pesquisas na área, com o objetivo de aplicar às intervenções mais recentes, relevantes e úteis, com base em pesquisas e nas práticas diárias (IOWA, 2014). Considerando o enfermeiro como elo articulador entre os profissionais da equipe, ele precisa potencializar ferramentas e estratégias que auxiliem nessa atuação, como o diálogo, a empatia, a interlocução entre diferentes saberes, o que, por vezes, pode ser estimulado pelas melhores práticas, caminho pelo qual os profissionais exercitam a sua criatividade, experiência e habilidades, além da aplicação do conhecimento em situações e contextos específicos, com a racionalização de recursos para o alcance de resultados (SANTOS et al., 2016).

Perante essas considerações, é imperativo atentar e refletir sobre a crescente necessidade de os enfermeiros terem acesso à conhecimentos atualizados e específicos, que promovam o seu empoderamento frente aos desafios do cotidiano, para qualificar as práticas de cuidado e buscar atender ao indivíduo e à coletividade integralmente, com base na colaboração com a equipe de enfermagem e interprofissional, respeitando os atributos da APS.

## **OBJETIVO**

Compreender a contribuição da interlocução e do apoio no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem, com vistas à integralidade do cuidado.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa social de caráter participativo, desenvolvida com apoio do Método de Paulo Freire e pautada a luz dos atributos da APS. Essa modalidade de pesquisa tem como campo de estudo o contexto real do participante, articulada à uma ação para a resolução de um problema coletivo, por meio do envolvimento dos mediadores e dos participantes representativos da situação, de modo cooperativo (FREIRE, 2011). A pesquisa faz parte do projeto multicêntrico: “Cuidado e gestão em enfermagem como saberes na Rede de Atenção à Saúde: proposições para as melhores práticas”, que tem como proponente o Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e conta com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina (ABEn/SC).

Adotou-se o Itinerário Freireano como estratégia metodológica que envolve três fases: 1) investigação temática, 2) codificação e decodificação e 3) desvelamento crítico, por meio do Círculo de Cultura (CC), no qual pesquisador e participantes dialogam sobre a realidade e, coletivamente, procuram identificar possibilidades de intervenção (FREIRE, 2017; HEIDEMANN et al., 2017). A práxis freireana, propõe que, mediante um processo de ação-reflexão-ação, os sujeitos sejam protagonistas de suas histórias e se fortaleçam para as mudanças que se fazem necessárias em determinado contexto. O Círculo é um processo educativo no qual os sujeitos se reúnem para investigar temas de interesse do grupo (FREIRE, 2011).

A pesquisa foi realizada em uma RAS formada por três municípios, situados no Oeste de Santa Catarina, com população aproximada de 18 mil habitantes, e constituída por serviços de atenção primária, secundária e terciária. Os participantes foram 17 enfermeiros, que atuam

na RAS, assim distribuídos: 11 no ponto de atenção primária (Unidade Básica de Saúde), três no ponto de atenção secundária (Centro de Apoio Psicossocial e Pronto Atendimento) e três no ponto de atenção terciária (Hospital).

A investigação temática ocorreu durante os três CC, com participação média de sete enfermeiros em cada encontro, entre os meses de junho à agosto de 2018. Durante esse tempo, desenvolveu-se as três fases do Itinerário, com intervalo de aproximadamente 21 dias entre os encontros. A dinamicidade e flexibilidade dos CC permite que possam ser realizados com um número reduzido e irregular de participantes, desde que se oportunize a aproximação entre pesquisadores e participantes, assim como a situação-limite de interesse do pesquisador se torne uma possibilidade de interesse coletivo. O rigor epistemológico é garantido mediante a reflexão profunda da realidade, promovendo a autonomia dos mesmos no processo e sua transformação (HEIDEMANN et al., 2017).

Com duração de cerca de duas horas, os CC ocorreram em sala de reuniões, previamente agendados. Exibiu-se a temática e os objetivos da pesquisa, sendo ainda, realizada a apresentação e justificativa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada participante da pesquisa. Buscou-se criar um ambiente que favorecesse o diálogo entre o grupo, cujos participantes eram dispostos em torno de uma mesa, formando um círculo, de modo que todos pudessem se ver e conversar.

No primeiro CC, emergiram 59 temas geradores, os quais foram codificados e decodificados durante os encontros, através de dinâmicas e reflexões no grupo, reduzidos até chegara 16 temáticas principais. No decorrer dos encontros, as temáticas foram refinadas e desveladas no último, permitindo aos participantes um novo olhar sobre as melhores práticas e o reconhecimento do seu papel de protagonista no processo de desenvolvimento no contexto da RAS.

O desvelamento dos temas investigados foi realizado com todos os participantes envolvidos no estudo, como sugere o Método Paulo Freire. O Referencial Teórico das melhores práticas, aliado às concepções freireanas, contribuiu com o processo de desvelamento crítico dos temas, a partir da análise das informações, que ocorreu por meio de leitura cuidadosa das informações registradas. Foram identificadas e problematizadas as temáticas significativas de cada encontro, relacionando-as com o objetivo do estudo. A análise dos dados dos CC ocorreu concomitantemente à produção das informações. Desse modo, em todas as etapas da investigação temática, os pesquisadores realizaram a transcrição do material gravado em áudio, organizaram os registros do material produzido. Este foi lido,

buscando sistematizar as informações (redução temática) e apresentá-las de modo organizado às participantes no início de cada novo encontro (DURAND; HEIDEMANN, 2013).

O registro dos temas geradores foi realizado em um bloco de notas de uso pessoal da pesquisadora, sendo também realizado o registro por gravação de áudio, mediante consentimento, conferindo a totalidade das informações problematizadas durante esses momentos. Após cada CC eram realizados encontros complementares com o orientador do estudo para reflexão dos temas e para dialogar sobre condução do próximo encontro coletivo.

A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos, parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) número 2.380.748, bem como foi autorizada pela Comissão Intergestora Regional (CIR) a qual a RAS está vinculada. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificadas com nomes de pedras preciosas de acordo com escolha individual.

## RESULTADOS

O primeiro CC, fase da **investigação temática**<sup>23</sup>, contou com a presença de nove enfermeiros, com média de 11 anos de atuação na área. Foi apresentada a temática e os objetivos da pesquisa. O diálogo inicial entre os participantes permeou as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, relacionadas especialmente à gestão, tendo em vista a troca de gestores ocorrida no último pleito eleitoral, a qual ainda não estavam adaptados. Também foi o momento de conhecer pessoalmente o colega que atua “no outro lado da linha”, tendo em vista que, segundo os participantes, a interlocução entre profissionais dos diferentes pontos da Rede ocorre via telefone.

Para esse primeiro encontro, foi elaborado um “cartão de boas vindas” agradecendo o aceite em participar da pesquisa, seguido de cinco questões disparadoras: há quantos anos você atua como enfermeiro? Fez ou está fazendo alguma pós-graduação? Refletindo sobre sua prática diária, o que você aponta como facilidades/dificuldades para a profissão? O que você modificaria na sua prática diária? As respostas verbalizadas remetem, sobretudo, às dificuldades profissionais, relacionadas à mudança do modelo na direção da saúde compreendida como bem estar, ao protagonismo da enfermagem na relação com o usuário, às questões políticas que envolvem os cargos dos profissionais e à necessidade de compreensão

---

<sup>23</sup> Grifos nossos

dos profissionais e usuários, sobre o modelo de atenção para mudanças no processo de trabalho:

*“[...]quando implantaram esses PSF [Programa Saúde da Família, designação inicial da ESF] que era para fazer a promoção e educação em saúde, no que virou? Em assistencialismo, saúde curativa!”(Ametista)*

*“[...] a gente é protagonista do cuidado [...] o cuidado individualizado, cada paciente identificar aquele problema e tantos outros, e a gente mudar a assistência de cada um na busca do bem estar dele” (Cristal)*

*“[...] a Secretaria [de Saúde] não deveria ser um cargo de confiança, deveria ser um concurso ou sei lá o que poderia ser feito!” (Ágata)*

*“E hoje, como a administração vê nosso atendimento? Quanto mais a gente atende, melhor. Quanto maior for a nossa demanda, mais repercute na troca de voto” (Rubi)*

*“[...] na UBS em que trabalho, o que a gente vem trabalhando há oito anos, a médica da família começou e trabalhava bastante a prevenção [...]. As vezes uma pessoa está ali, se a gente conhece, só conversar, trocar uma ideia, que as vezes era só isso que a pessoa queria, não precisa nem consultar, nem iniciar com remédio, apenas conversar um pouquinho com a gente, dar uma atenção que a pessoa já sai diferente, melhor” (Ágata)*

Sentiu-se a necessidade de motivar os enfermeiros para a continuidade do diálogo, tendo em vista seu visível descontentamento com o cenário de práticas do qual fazem parte. Nesse sentido, vale ressaltar a estrutura mais informal, proporcionada pelo CC, o que permitiu (re) conhecer os participantes. Ao término, ficou estabelecido que a facilitadora organizasse um painel com as principais temáticas elencadas no encontro, com base também nas gravações, e que este seria retomado no próximo CC para validação com os participantes.

No segundo CC, com oito enfermeiros presentes, resgatou-se o painel com os temas geradores do primeiro encontro, num total de 59 que foram analisados e discutidos entre os presentes. Alguns foram agrupados e outros retirados, mantendo-se o painel visível para revisitação ao término do CC. Deu-se continuidade à investigação temática, avançando para a **codificação e descodificação**. Os enfermeiros foram convidados a refletir sobre suas práticas, nas diferentes dimensões de atuação da enfermagem: gestão, assistência, ensino e pesquisa, considerando os atributos da APS, e o que classificavam como “melhores práticas na gestão e no cuidado em enfermagem”. Para isso, reuniram-se em dois grupos de trabalho sendo que um identificou práticas do enfermeiro na gestão-assistência e o outro no ensino-pesquisa. Quando concluído, trocaram de grupo para assim, todos contribuírem em ambos. O painel foi apresentado e discutido no grande grupo. A partir dessa proposta, emergiram debates que

foram convergindo para as atribuições da enfermagem nos diferentes pontos da Rede, as dimensões do seu trabalho e a implicação nos atributos como o acesso, a integralidade, longitudinalidade (quando Ametista menciona o cuidado no ambiente hospitalar, por exemplo) e a coordenação do cuidado.

*“Têm várias coisas que a gente faz buscando sempre o melhor. Mas, na Unidade Básica de Saúde, ela diferencia um pouco do hospital, porque nós, como é a parte mais preventiva, a gente tem esses empecilhos, de gestão e tudo mais [...]”* (Jade)

*“A gente acompanha o paciente mais efetivamente, no hospital porque ele acaba ficando por alguns dias”* (Ametista)

*“Na Atenção Básica a gente vê o todo, ele inserido na sociedade, ele [usuário] inserido na família. Mas aí ele vai para algum especialista, ele vai para outro médico, aí ele volta de novo. Então ele tem um trânsito muito grande, e a gente não consegue fazer esse acompanhamento pois não se tem registro ou retorno da assistência oferecida”* (Jade)

*“Acho que nós da atenção básica não visualizamos essas melhores práticas tanto, nos procedimentos, mas você vê, por exemplo [...] tu vais fazer um acompanhamento com uma criança, na puericultura. Essa continuidade demonstra uma melhor prática”* (Jade)

Nesse momento, a discussão converge para a interlocução entre os enfermeiros na Rede, com vistas a atender aos atributos da APS, problematizados durante o encontro. Nessa perspectiva, as melhores práticas de enfermagem emergem como possibilidade para fortalecer essa comunicação, com vistas à coordenação do cuidado e, por conseguinte, à resolutividade da atenção. Os profissionais foram convidados a revisitar o painel de temas geradores e rediscuti-los, agrupando e selecionando temas que são mais significativos no momento e que mais interferem na atuação profissional. Após a codificação e decodificação, os 59 temas foram reduzidos à 16, dentre os quais apresenta-se a seguir, aqueles que convergem para os temas abordados neste manuscrito.

**Quadro 01.** Apresentação dos temas geradores finais, relacionados às potencialidades e desafios para a interlocução e do apoio no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem e sua implicação nos atributos da APS.

Potencialidades para a interlocução e o apoio no desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem na RAS	Desafios para a interlocução e o apoio no desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem na RAS	Implicações nos atributos da APS
Trabalho em equipe	Equipe reduzida Burocratização do trabalho Sobrecarga de trabalho Falta de valorização e cuidado com cuidador	Acesso, integralidade
Liderança Empoderamento do enfermeiro	Falta de autonomia e apoio da gestão Falta de diálogo entre enfermeiros	Coordenação do cuidado
Vínculo com o paciente		Longitudinalidade, integralidade
Espaços de aprendizagem coletiva	Pouco reconhecimento profissional (por gestores e usuários) Inferência política na assistência Ausência de Educação Permanente em Saúde (EPS)	Acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado

Fonte: produção própria, 2019.

No encerramento do segundo CC, os participantes foram desafiados a buscar algum artigo científico atual sobre seu campo de atuação, para leitura e compartilhamento com o grupo no próximo CC.

No terceiro encontro, buscou-se retomar os temas geradores identificados nos encontros anteriores. À medida que os temas foram dialogados e contextualizados, uma situação que antes era considerada empírica ou figurada passou a ser analisada a partir de um olhar crítico e social, assim iniciando o **desvelamento crítico**, no qual cada participante foi convidado a refletir sobre a realidade exposta e seu papel frente às situações limite identificadas. Nesse sentido, coube a facilitadora dialogar e refletir com o grupo sobre quais dificuldades, quais as potencialidades, por que estas temáticas existem e como planejar e desenvolver ações para a mudança? Considerando temas geradores que emergiram nos

encontros anteriores, o grupo sentiu a necessidade de um aprofundamento conceitual sobre as “melhores práticas” e quais as reais possibilidades para efetivá-las no contexto de cada um, sendo realizada, com auxílio de uma base de dados virtual, a busca de alguns artigos que tratam do tema, além do site da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apresenta um guia para documentação e partilha das melhores práticas. Os enfermeiros relataram entender o conceito das “melhores práticas”, porém sentem dificuldade em efetivá-las como parte do cotidiano, sentindo necessidade de ações de EPS e momentos de partilhas de experiências em equipe e com demais profissionais da RAS:

*“Essa troca para a gente estar se atualizando, porque fora das universidades as coisas vão dificultando se a gente não se atualizar, precisa dessa troca” (Ametista)*

*“[...]no hospital, por exemplo, quem está 24 horas, feriados e finais de semana é o enfermeiro. Farmacêutico não vem, nutricionista não vem, psicólogos nós nem temos, médico é sobreaviso, então quer dizer, eles não ficam no hospital conosco, e enfim, quem tem que tomar a primeira atitude, a primeira conduta sempre é o enfermeiro. Se um paciente faz PCR [Parada Cardiorrespiratória], até que eu chame o médico eu já perdi o paciente, então eu vou ter que fazer” (Cristal)*

De um modo geral, em todos os níveis de atenção, os enfermeiros relatam basicamente, as mesmas dificuldades, de que são os profissionais mais exigidos e os menos reconhecidos e que isso implica diretamente, na sua conduta direcionada às melhores práticas, mais colaborativas e na direção dos atributos da APS.

*“E eu acho que todos, ou melhor, é quase impossível algum profissional não fazer o melhor. Eu penso que é o caminho sim, melhorar o serviço acho que a experiência é muito importante. Pois se eu sei que daquela forma não ficou bom, eu posso fazer diferente e melhorar” (Ametista)*

*“Quanto melhor o teu conhecimento, melhor é a tua prática. Essa troca entre nós enfermeiros eu estou achando maravilhoso, de ter contato com as colegas da AB e CAPS [Centro de Apoio Psicossocial]. E você também, quando você está no momento do trabalho, você está sobrecarregado, você fica no automático e não para, para refletir muita coisa. Tu até sabes o ponto que está com dificuldade, tanto com o paciente ou com o profissional, mas você não para, para pensar: vamos buscar uma qualificação, uma melhoria” (Ônix)*

Finalmente, após encerrar o levantamento do universo temático desvelado no transcorrer dos CC, o grupo sinalizou a importância de haver ações de educação permanente,

que fomentem o encontro e a possibilidade de trocar informações e impressões a fim de melhorar sua prática, e que lhes seja permitido participar.

*“Eu achei bem interessante, mesmo na corrida sempre, na sobrecarga de tarefas, mas esses momentos nos fazer refletir sobre o que fazemos e onde queremos chegar. Muito válido, até para conhecer a realidade da AB, que a gente que está no outro ponto as vezes julga, não entende, não sabe o que acontece. E isso reflete na assistência ao paciente, mais contínua, integral, pois você sabe que pode contar com o enfermeiro do outro serviço como retaguarda”* (Cristal)

## DISCUSSÃO

A APS representa o acesso de primeiro contato dentro da RAS, que somado a longitudinalidade, integralidade e coordenação conformam os atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002). Essa estratégia, quando efetiva, torna a assistência mais satisfatória para a população, com menores custos e de forma mais equitativa – mesmo em contextos de grande iniquidade social (PORTELA, 2017). Por essa razão, o debate a respeito dos profissionais que respondem pela APS é importante, já que a sua efetividade está diretamente relacionada com a atuação dos profissionais, o que significa que a formação em saúde, bem como a organização do processo de trabalho e da estrutura do serviço tem implicação direta nos resultados esperados.

O estudo realizado com enfermeiros atuantes na RAS evidencia o que talvez seja uma das maiores dificuldades para efetivação desse arranjo em Rede, a dificuldade de articulação entre as categorias profissionais e os pontos de atenção. Nesse aspecto, o atributo da longitudinalidade definido por Starfield (2002) como a necessidade da existência de uma relação de vínculo, interpessoal e de cooperação mútua entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde ao longo do tempo, no contexto em estudo, parece frágil. Isso pode ser percebido durante os encontros, quando das problematizações emergiu a falta de comunicação como um entrave, assim como a inexistência de Linhas de Cuidado (LC) entre os pontos de atenção. As LC representam os fluxos assistenciais garantidos aos usuários, incluindo os serviços que não estão necessariamente, inseridos no Sistema como entidades comunitárias e de assistência social, mas participam na rede de assistência ao usuário (FRANCO; FRANCO, 2015). Dessa forma, na realidade estudada, o usuário circula por todos os serviços, conforme sua demanda por atenção de menor ou maior complexidade, porém não há registro formalizado sobre a assistência prestada.

A inexistência das LC implica na efetivação de outro atributo, a coordenação do cuidado, que em sua essência trata da disponibilidade de informações a respeito de serviços prestados na APS a demais níveis de atenção, bem como aqueles ofertados por diferentes membros de uma equipe de profissionais dentro da própria APS, e vice-versa (PORTELA, 2017). Starfield (2002) afirma que quanto maior a transferência de informações e o reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos diferentes profissionais envolvidos na atenção, maior a probabilidade de os pacientes mostrarem uma melhora subsequente.

Na APS, os enfermeiros participantes do estudo, atribuem a possibilidade de vínculo com o usuário como uma garantia dessa continuidade e também para a integralidade. A integralidade remete a uma necessidade de mudança no processo de organização do trabalho nos serviços de saúde, especialmente no aspecto da abordagem profissional multi e interdisciplinar, que implica em assumir o diálogo entre as diferentes categorias com objetivo de perceber as reais necessidades de serviço da população (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). É definida como capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutive no âmbito da APS (LIMA et al., 2018).

O desenvolvimento de serviços de saúde, com integração e articulação da APS a outros níveis, requer o desenvolvimento de mecanismos de transferência de informações a respeito do usuário, dos seus problemas e da atenção recebida, entre os quais se destacam: a formação de equipe de indivíduos cujos canais de comunicação permitam que eles transmitam entre si informações importantes a respeito dos pacientes; prontuários médicos únicos e de preferência eletrônicos; uso da Telemedicina e da atenção compartilhada interprofissional; continuidade dos profissionais ou equipes de profissionais nos serviços (STARFIELD, 2002; SANTOS et al., 2018). A articulação entre os profissionais e serviços direciona para à prestação do cuidado mais integral, o que pode ser potencializado por estratégias de integração da rede e investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). A implantação das TIC no Brasil ainda é precária, assim como o prontuário eletrônico compartilhado (LIMA et al., 2018).

É relevante e necessário profissionais qualificados na APS para exercer a “função filtro”<sup>24</sup> para o acesso aos serviços especializados. Essa medida pode evitar a burocratização excessiva e o aumento do número de encaminhamentos aos serviços especializados (LIMA et al., 2018). Em estudo realizado em Belo Horizonte - MG destacou que dentre os fatores

---

<sup>24</sup>É a decisão de acessar cuidados especializados, considerando ainda, uma participação na regulação, referida ao estabelecimento de provável prioridade no acesso (TESSER, 2016).

associados ao melhor desempenho da APS está a formação dos profissionais em saúde da família, a disponibilidade do médico na equipe 30 horas semanais, bem como o número de equipes por UBS, o que faz emergir a necessidade de ampliação das UBS, a fim de acomodar mais eSF e possibilitar maior integração, diálogo e troca de experiências entre elas, rumo à qualidade do cuidado na APS (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Infelizmente, todas essas necessidades ainda estão muito distantes da realidade referida e vivenciada pelos participantes dos CC. O fato de ser uma RAS com serviços de baixa e média complexidade, em tese, poderia ser positivo ao se estudar estratégias de articulação e estabelecimentos de fluxos, no entanto isso não ocorre. A escassez de recursos humanos com equipes reduzidas ao mínimo, a gestão e as condutas clínicas dos profissionais constantemente sofrendo pressões políticas, sem esquecer das dificuldades com estrutura física, materiais e equipamentos. Nessa perspectiva, pode parecer um cenário bucólico, com poucas perspectivas, mas ao contrário, todos os profissionais que atuam na RAS, em especial os enfermeiros, também parecem realizar o cuidado com dedicação e profissionalismo, buscando o melhor e, como citaram, com vistas a “melhores práticas”.

Nesse sentido, os enfermeiros buscam alternativas de melhorar articulação e apoio entre si, o que não deixa de ser positivo, mas acaba não sendo efetivo por se tratar de ações isoladas e sem continuidade. Foi possível observar, assim, a necessidade de avançar, explorar novos itinerários, com ferramentas como interlocução e apoio entre os enfermeiros da RAS. No Canadá, Espanha e Portugal, alguns serviços operam nessa perspectiva, apoiados no conceito de Enfermeiro de Ligação ou de Enlace, com o propósito de estabelecer comunicação com o usuário e com seus pares e, dessa maneira, assegurar a continuidade do cuidado entre o hospital e outros serviços (RIBAS et al., 2018). Essa função corresponde ao profissional que realiza a articulação na rede (contrarreferência do usuário entre os pontos de atenção, na lógica do cuidado integral e da clínica ampliada) (SOUZA; CARVALHO, 2014). Embora essa discussão, no Brasil, não tenha encontrado significância, tal atividade poderia evoluir para outras expressões que já foram ascendidas - como a Enfermagem de Prática Avançada (MIRANDA et al., 2018) ou a Enfermeira de Apoio (RIBAS et al., 2018) - e colaborar para a aproximação entre os serviços e com o fluxo de informações, contemplando um cuidado integral, articulando os diferentes pontos de atenção e atendendo às dimensões individuais e coletivas. A troca de saberes entre os profissionais seria uma possibilidade de comunicação integrativa, colaborando com a consolidação dos conhecimentos.

Com tais contornos, considera-se que a oportunidade de encontro, promovida pelos CC, gerou um processo efetivo de EPS. Apoiada no ensino problematizador, que segue os

pressupostos pedagógicos formulados pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OAS/OMS), desde a década de 1980, também expressos nas obras do educador brasileiro Paulo Freire, a EPS aponta para a educação libertadora e emancipatória (VENDRUSCOLO et al., 2018). Essa abordagem propõe o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo, por meio da sua intervenção crítica na realidade, negando a superioridade do educador em relação ao educando, o qual, por meio do diálogo, possibilita a aprendizagem significativa, expressa pelo interesse nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos educandos.

Ao substituírem a postura de expectadores pela de sujeitos/protagonistas (apoiadores), os enfermeiros reconhecem sua autonomia e, nessa condição, assumem responsabilidades, comprometem-se, participam e desenvolvem o senso de pertencimento, o que favorece a sua prática e, sobretudo, promove a resolutividade na RAS (VENDRUSCOLO et al., 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu compreender como a interlocução e do apoio entre enfermeiros da APS podem contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem, com vistas aos atributos desse ponto da RAS. Os participantes do estudo refletiram sobre as situações limite relacionadas ao seu processo de trabalho e, sobretudo, sobre suas perspectivas, na direção de melhores práticas.

É reveladora a perspectiva de que, ao reconhecerem os CC como lócus de educação permanente, os enfermeiros se reconheceram como protagonistas do cuidado na Rede e, nesse processo, embora suas manifestações iniciais tenham sido bem desmotivadoras quanto ao trabalho, saíram dessa experiência mais motivados, aparentemente.

Destaca-se a necessidade de considerar que, no desenho deste estudo, orientado para a compreensão de uma realidade com características peculiares, há uma limitação relacionada à generalização dos resultados. Sugere-se que sejam realizadas outras pesquisas sobre os movimentos em direção às melhores práticas e ao papel da enfermagem na articulação entre os pontos da RAS. O Itinerário Freireano provocou a reflexão e, em certa medida, a reconstrução da práxis das enfermeiras, pois seus relatos confirmaram que os CC contribuíram para a transformação, por meio da criticidade e da ação.

Para efetivar a APS há, no entanto, diversos desafios, dentre eles a necessidade do estabelecimento de fluxos, melhora dos processos formativos profissionais na direção da interprofissionalidade, incremento na estrutura física, de materiais e equipamentos, e maior

quantitativo de recursos humanos. E para tal, é imperativo o investimento em ações de EPS que possibilitem o aperfeiçoamento profissional e direcionem para uma potencial transformação na práxis.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 set. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, suppl.2, p.1739-49, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1739.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Um olhar sobre as Boas Práticas de Enfermagem na Atenção Básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 930-1, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt\\_0034-7167-reben-71-03-0930.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0930.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2018.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-61, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de atenção**. São Paulo:Secretaria de Estado da Saúde, 2015. 13p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

IOWA. University Of Iowa. College of Nursing. **HCGNE – Best Practices for Healthcare Professionals**, 2014. Não paginado. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practicesfor-healthcareprofessionals>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

LIMA, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52-66, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), 2015. 193p. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2019.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de et al. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 716-721, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 08 jan. 2019.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-76, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

RIBAS, Ester do Nascimento et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, suppl. 1, p. 546-553, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso/)>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 7p., 2016.

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 12p., 2018.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois; FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha Uchôa; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694 – 706, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000300694&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000300694&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300589](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300589)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sérgio Resende. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, suppl.1, p. 945-56, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500945](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500945)>. Acesso em: 12 ago. 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, Charles Dalcanale. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-78, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005024104&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005024104&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 fev. 2018.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-52, 2015.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-25, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000401015&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000401015&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 14 fev. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, suppl. 1, p. 1353-64, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012103&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012103&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 19 jan. 2018.

WINTERS, Joanara Rozane da Fontoura; PRADO, Marta Lenise do; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127745723006>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO, 2016. 61p.

### 6.3 PRODUTO CIENTÍFICO IV - ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MELHORES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO<sup>25</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** descrever o itinerário de Educação Permanente em Saúde (EPS) para melhores práticas em enfermagem em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Método:** estudo qualitativo, do tipo pesquisa ação participante, pautado no referencial metodológico de Paulo Freire, a partir das etapas: investigação temática, codificação e decodificação e desvelamento crítico. As informações foram obtidas mediante três Círculos de Cultura (CC) com enfermeiros que atuam no ponto primário (Unidades Básicas de Saúde), secundário (Centros de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento) e terciário (atenção hospitalar), em uma RAS que envolve três municípios do Oeste de Santa Catarina (SC). Os CC contaram em média com sete enfermeiros e tiveram duração de cerca de duas horas cada, desenvolvidos entre os meses de junho à agosto de 2018. **Resultados:** no decorrer da investigação, emergiram 59 temas geradores que após a codificação e decodificação foram reduzidos à 16 temas principais. Os diálogos e conhecimentos gerados durante a investigação impulsionaram iniciativas entre os enfermeiros da RAS, como por exemplo, a realização de grupos de gestantes, envolvendo usuárias desta RAS. Outras demandas de EPS para promover melhores práticas emergiram, o que impulsionou a criação de uma parceria com o Telessaúde/SC, por meio do qual será ofertado material pedagógico instrucional com multimídia, contribuindo também com a EPS no estado. **Considerações finais:** destaca-se a potencialidade do CC como espaço de ensino-aprendizagem, mediante a ação-reflexão e transformação das práticas de enfermagem. O itinerário de EPS vivenciado pelo grupo de enfermeiros possibilitou a sua participação e protagonismo, na direção das melhores práticas e da qualificação do cuidado de enfermagem, bem como a articulação da RAS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Educação Permanente em Saúde; Enfermagem; Prática interprofissional; Tecnologia em saúde.

#### INTRODUÇÃO

Ordenar a formação de pessoal para atuar nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição que regulamenta o Sistema promulgada em 1988 (BRASIL, 2014). Desde então, vem se investindo em estratégias que fomentem essa formação sendo uma das mais importantes a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS tem como base metodológica a integração com a gestão, a assistência e a participação popular, incorporando os trabalhadores como protagonistas, ao operar na mudança do cenário e das práticas de saúde. Seus pressupostos teóricos orientam a articulação das necessidades e

---

<sup>25</sup> O manuscrito IV comporá um livro na forma de capítulo e conta com os seguintes co-autores: Enf<sup>ª</sup> Mestranda Mônica Ludwig Weber, Dra. Carine Vendruscolo, Dra. Edlamar Kátia Adamy, Dra. Elisângela Argenta Zanatta, Dra. Letícia de Lima Trindade, Enf<sup>ª</sup> Mestranda Carise Fernanda Schneider.

capacidades resolutivas dos serviços de saúde, o potencial dos profissionais e a gestão social, em consonância com o SUS e de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2009; VENDRUSCOLO et al., 2016).

Conceitua-se a EPS como o processo de aprender e de ensinar, incorporado ao cotidiano de trabalho nas organizações e à aprendizagem significativa. Tal arranjo possibilita a qualificação e transformação das práticas profissionais, dado que se constrói a partir dos problemas enfrentados, considerando o conhecimento e as experiências dos profissionais (BRASIL, 2014). Nesse sentido, há uma diferença conceitual entre a EPS e a Educação Continuada. Esta última configura-se como uma estratégia educativa isolada e pontual, que visa à melhoria do desempenho pessoal, voltado à uma ação pontual; enquanto a EPS é uma estratégia educativa que possibilita um espaço para pensar e fazer no trabalho, a partir de um problema do cotidiano, o qual deverá ser resolvido mediante um processo de transformação da prática e dos sujeitos envolvidos (ANDRIGUE; TRINDADE; AMESTOY, 2017).

Frente aos desafios modernos no cenário da produção da saúde, com a incorporação de novas tecnologias ao cotidiano dos serviços, a EPS avança na sua abrangência, ultrapassando os limites e características de ferramenta exclusivamente pedagógica, para incorporar um posicionamento ético-metodológico ativo na mudança das práticas de trabalho em saúde (ROSSETTI et al., 2019). Cumprе ressaltar que os processos de formação demandam ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com RAS e do controle social no setor, observando os pressupostos do SUS e as necessidades da população (VENDRUSCOLO et al., 2016).

Ao vislumbrar o trabalho como dispositivo de aprendizagem, por meio da reflexão coletiva e como potencial para a reorganização dos serviços de saúde (ROSSETTI et al., 2019), o profissional enfermeiro emerge no cenário da prática por suas habilidades interativas e associativas, com capacidade de atender o indivíduo na sua integralidade e promover a articulação entre os diferentes núcleos de saber que compõem as equipes multidisciplinares de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora da RAS. A enfermagem, com formação generalista, é uma das profissões da área da saúde com papel central para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, com potencial inovador, criativo e versátil. Na última década, observa-se crescimento expressivo da profissão, agregando conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar nas dimensões da atenção, da gestão, do ensino, da pesquisa e do controle social, ampliando a responsabilidade dos profissionais para com a sociedade (THUMÉ et al., 2018).

Nessa perspectiva, a enfermagem brasileira obteve avanços no escopo de conhecimentos, no sentido de incentivar o uso de evidências científicas no cotidiano profissional, mais atualmente, com a incorporação e problematização do conceito das “boas práticas” ou “melhores práticas”, expressão derivada do inglês “*Best practice*”, que designa aquelas ações decorrentes da melhor técnica baseada em evidência identificada para realizar determinada tarefa. Esse conceito abrange intervenções de enfermagem contemporâneas, ancoradas em pesquisas, para que desta forma, garantam a qualidade da assistência prestada (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016; OMS, 2008).

Executar o cuidado a partir das “melhores práticas” pode ser uma ferramenta útil para o desenvolvimento da profissão da enfermagem. Todavia, essas habilidades demandam processos formativos, os quais se iniciam ainda, na graduação e que permanecem ao longo da vida profissional do enfermeiro. Nesse sentido, a integração ensino-serviço, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação, a exemplo das especializações, mestrados e doutorados na área da saúde em geral, converge para a aproximação com os cenários da prática, o que faz do cotidiano um profícuo material para a construção do conhecimento. Movimentos de EPS, no cotidiano das equipes de enfermagem ou multidisciplinares, estimulam a reflexão, o diálogo e a tomada de decisão a partir da realidade de cada contexto (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016; VENDRUSCOLO et al., 2016).

A partir dessa contextualização, há evidências de que o envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço torna possível a integração entre teoria e prática, colocando-se a serviço da reflexão e transformação da realidade, ou seja, da práxis. Esse movimento pode ser permeado por dispositivos tecnológicos e metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras e participativas, que favoreçam espaços dinâmicos de troca e compartilhamento de saberes no contexto da atuação profissional (VENDRUSCOLO et al., 2018).

Assim, torna-se necessário adotar estratégias ou construir dispositivos que reduzam o distanciamento entre os avanços científicos da prática de enfermagem e a assistência prestada no cotidiano da profissão, fomentando a práxis com base no processo de tomada de consciência e raciocínio clínico. Com base nessa explanação teórica, o objetivo deste estudo é descrever a construção de um Itinerário de EPS para melhores práticas de enfermagem em uma RAS.

## MÉTODO

Para atender ao objetivo delineado neste estudo, adotou-se o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire como método de produção das informações, ancorado no referencial das melhores práticas (FREIRE, 2017; LOWA, 2019). O Itinerário representa uma abordagem qualitativa, de caráter participativo, que se organiza em três momentos: 1) Investigação temática; 2) Codificação e decodificação; 3) Desvelamento crítico. O método desenvolve-se por meio do Círculo de Cultura (CC), no qual pesquisador e participantes dialogam sobre a realidade e, coletivamente, procuram identificar temas de interesse do grupo e possibilidades de intervenção (FREIRE, 2017; HEIDEMANN et al., 2017). A práxis freireana propõe que, mediante um processo de ação-reflexão-ação, os sujeitos sejam protagonistas de suas histórias e se fortaleçam para as mudanças que se fazem necessárias em determinado contexto.

As informações dessa modalidade de investigação são produzidas em conjunto, a partir da problematização de temas geradores e da reflexão sobre eles, para a tomada de consciência crítica. Os temas geradores são situações ou problemas extraídos da problematização do cotidiano profissional de cada participante ou do grupo (HEIDEMANN et al., 2017). O Itinerário de Pesquisa Freireano se desenvolveu mediante CC com 17 enfermeiros atuantes em uma RAS formada por três municípios, situados na região Oeste de Santa Catarina (SC), com população total aproximada de 18 mil habitantes e constituída por serviços de atenção primária, secundária e terciária. Do total de participantes, 11 enfermeiros atuavam no ponto de atenção primária (Unidade Básica de Saúde), três no ponto de atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento) e três no ponto de atenção terciária (Hospital). O critério de inclusão dos participantes era a atuação no serviço de, no mínimo, três meses; e foram excluídos enfermeiros em licença ou afastados por qualquer motivo.

Foram realizados três CC, entre os meses de junho e agosto de 2018, com periodicidade mensal e duração de duas horas. A dinamicidade e flexibilidade dos CC permite que ocorram com um número reduzido e irregular de participantes, desde que se oportunize a aproximação entre pesquisadores e participantes, assim como a situação-limite de interesse do pesquisador se torne uma possibilidade de interesse coletivo. O rigor epistemológico é garantido mediante a reflexão profunda da realidade, promovendo a autonomia dos participantes no processo e sua transformação (HEIDEMANN et al., 2017). A temática e os objetivos da pesquisa foram reapresentados no primeiro encontro, momento em que ocorreu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes foram dispostos em torno de uma mesa, de modo a facilitar o diálogo, o que permitiu potencializar os saberes que se entrecruzaram no espaço de aprendizagem constituído entre o grupo (FREIRE, 2017). Dessa maneira, cumpriram-se as três etapas do Itinerário, a partir das quais emergiram 59 temas geradores, que foram codificados e decodificados, nas dinâmicas e reflexões no grupo. Os temas foram, gradativamente, reduzidos até 16 temáticas principais, dialogadas no decorrer dos Círculos e desveladas no último encontro. O desvelamento dos temas geradores foi realizado com todos os participantes envolvidos no estudo, como orienta o Método Paulo Freire, aliado ao referencial teórico das melhores práticas, permitindo aos participantes um novo olhar sobre as suas práticas.

O registro dos temas geradores foi realizado em um bloco de notas de uso pessoal da pesquisadora/facilitadora, sendo também realizado por gravação de áudio, mediante consentimento. A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa número 2.380.748, autorizada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) a qual a RAS está vinculada. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados com nomes de pedras preciosas de acordo com a sua escolha.

## RESULTADOS

O primeiro CC contou com a presença de nove enfermeiros. O espaço físico já havia sido previamente organizado pela pesquisadora (facilitadora) juntamente com a ajuda de uma colega - sem vínculo com a pesquisa - que otimizou a disposição dos gravadores conforme necessidade, além de servir o *coffe break* ao término do encontro.

Para a etapa inicial, fase de Investigação Temática do Itinerário de Freire, foi elaborado um “cartão de boas vindas”, agradecendo o aceite em participar da pesquisa, seguido de cinco questões disparadoras: há quantos anos você atua como enfermeiro? Fez ou está fazendo alguma pós-graduação? Refletindo sobre sua prática diária, o que você aponta como potencialidades e desafios para a profissão? O que você modificaria na sua prática diária? Esse momento teve o intuito de promover a autorreflexão dos enfermeiros sobre o seu percurso profissional e seu processo de trabalho. Também possibilitou a apresentação da pesquisa, contemplando questões éticas, acordos de convívio, além de servir à investigação dos principais temas geradores relacionados ao objeto de estudo. Assim, fragilidades do processo de trabalho da enfermagem nos diferentes pontos da RAS, com vistas às melhores práticas, ficaram evidentes nas falas dos enfermeiros:

*“[...] a falta de autonomia profissional [...] a gente sabe o que pode e o que não pode, e aí vem outra pessoa, muitas outras profissões interferindo na nossa profissão” (Cristal).*

*“Eu coloquei aqui como primeiro ponto a remuneração baixa, eu acho que a nossa profissão, ela é maravilhosa, maravilhosa! Só que financeiramente, ela é ridícula!” (Diamante).*

*“Política, principalmente, em nível de gestão, muitas vezes[...]a prática é conduzida de forma assistencial, sem trabalhar questões de prevenção” (Diamante).*

*“[...] uma potencialidade que eu gosto bastante é, nessa parte da estratégia é o vínculo que a gente tem com a população, uma coisa que eu acho que ajuda bastante” (Ágata).*

Emergiram, a partir das respostas às questões disparadoras, 59 temas geradores, que refletiam a realidade dos participantes quanto à sua prática diária. Os temas foram anotados pela pesquisadora durante o encontro, em um bloco de notas, e complementados após o término, ao se realizar a transcrição dos áudios. Isso se fez necessário pelo tempo reduzido dos encontros e para não interferir na problematização dos temas durante os diálogos do grupo, que foram intensos e importantes para o cumprimento das demais etapas do Itinerário. Desse modo, estabeleceu-se um acordo com o grupo de que os temas geradores seriam inseridos em tarjetas coloridas e organizados em um painel para visualização coletiva e validação dos temas, sendo esse painel resgatado a cada encontro.

No segundo CC, com participação de oito enfermeiros, deu-se continuidade à fase de Investigação Temática, resgatando-se o painel com as tarjetas contendo os temas geradores, o qual foi apreciado pelo grupo e, após reflexão, diálogo e discussão, culminou na redução para 16 temas de interesse do grupo. Cumpre destacar que as temáticas identificadas refletem a realidade profissional dos participantes, expressam inclusive, suas opiniões e percepções pessoais, neste momento, bastante voltadas à insatisfação com o reconhecimento profissional:

*“[...] a gente precisa um secretário que fica do teu lado, que te defende, fazer uma humanização do trabalho, uma humanização de ver a gente também como pessoas” (Rubi).*

*“[...] muita batalha, muita luta, mas você não tem suporte” (Diamante).*

Nesse processo, a inserção da questão de pesquisa ocorreu naturalmente, à medida que os participantes dialogavam e refletiam sobre seu cotidiano. Após concordância entre o grupo sobre temas elencados, partiu-se para a fase de codificação e decodificação. Com base nos 16 temas identificados, os enfermeiros foram convidados a refletir sobre suas práticas, nas diferentes dimensões de atuação da enfermagem: gestão, assistência, ensino e pesquisa, considerando os atributos da APS, destacando o que consideravam como “melhores práticas

na gestão e no cuidado em enfermagem”. Para isso, reuniram-se em dois grupos de trabalho: um identificou e registrou em cartazes as práticas do enfermeiro na gestão-assistência e o outro no ensino-pesquisa. Quando concluído, os participantes trocaram de grupo para assim todos contribuírem em ambos. Os cartazes foram apresentados e discutidos no grande grupo. Essa ação permitiu a ressignificação dos conhecimentos prévios e a produção de novo saber coletivo.

Posteriormente, estando todos em círculo, a facilitadora introduziu o conceito das “melhores práticas”, buscando identificar saberes prévios e estimular os enfermeiros a pensar em alguma prática do cotidiano que considerassem como uma “melhor prática”. Como qualquer situação ou tema novo, percebeu-se certo desconforto no grupo, imerso no tema do silêncio, momento em os participantes tentaram consensuar sobre uma definição que chegasse o mais próximo possível do conceito que define uma melhor prática. Como perguntas disparadoras para provocar essa reflexão, a facilitadora questionou: essa prática tem embasamento científico? Quais fontes costumam consultar? O silêncio foi quebrado com a fala das enfermeiras do ponto de atenção terciária à saúde (hospitalar):

*“[...] talvez seja aquela prática que você ocupa menos material”* (Safira).

*“[...] eu vejo um exemplo a questão da punção venosa, a escolha do dispositivo está diretamente, ligada ao estado geral do paciente, ao que você deseja infundir, sempre tentando considerar o que é menos dispendioso e o que é melhor para o paciente”* (Cristal).

Finalizando, a facilitadora desafiou os participantes a realizarem um exercício em casa de busca por algum estudo científico, publicado nos últimos cinco anos, relacionado ao seu campo de atuação, a fim de compartilhar com aos demais participantes no próximo encontro. Essa fase, de codificação e decodificação, disparou a problematização sobre o objeto de estudo e proporcionou um momento rico de troca de vivências, desabafos, insatisfações e alegrias sobre a prática e o contexto profissional de cada enfermeiro.

No terceiro CC ocorreu a fase do desvelamento crítico, estando presentes seis enfermeiros. Os temas foram sintetizados e reapresentados aos participantes como questões a serem repensadas, com objetivo principal de (re) significar as práticas profissionais, classificando-as como melhores práticas, trazendo transformações para a realidade de cada enfermeiro e na Rede, como um todo. Observou-se que, dos 16 temas desvelados, apresentados no Quadro 01, os participantes destacaram a necessidade de interlocução e apoio entre os enfermeiros da RAS, no sentido de realizar um trabalho coletivo e resolutivo. Sinalizaram também, a importância de ações de educação continuada e EPS a partir de

diferentes temáticas e problemas oriundos do seu processo de trabalho, em resposta às situações limite<sup>26</sup> identificadas.

O Quadro 01, a seguir, ilustra, de forma resumida, como se alcançou um dos temas geradores, cumprindo o Itinerário de Pesquisa Freireano, em todas as suas fases. Logo a seguir, o Quadro 02 apresenta os 16 temas geradores finais, relacionados às potencialidades e desafios para as melhores práticas em enfermagem.

**Quadro 01:** Itinerário para elaboração do Tema Gerador 01: Trabalho em equipe.

<b>Tema Gerador: trabalho em equipe</b>	
<p>Fragmento do(os) diálogo(os): <i>“eu coloquei aqui com relação a interação com os pacientes, que você tem uma facilidade bem grande nessa profissão, e com a equipe também”</i> (Diamante).</p> <p><i>“Até esses dias a gente tinha o caso de uma paciente que a cobertura do curativo que a gente estava usando não estava sendo efetiva, aí tanto eu, quanto o médico, a técnica fomos os três pesquisar uma opção que poderia ser utilizada, e esse trabalho é bem interessante”</i> (Turmalina)</p> <p><i>“essa troca para a gente estar se atualizando, porque fora das universidades as coisas vão dificultando se a gente não se atualizar, precisa dessa troca”</i> (Ametista)</p>	
<b>Codificação e Descodificação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ As parcerias no trabalho facilitam a assistência</li> <li>✓ Equipe de trabalho melhora resultados na saúde</li> <li>✓ Trabalho coletivo reduz sobrecargas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Importante valorizar e demonstrar a importância de cada profissional dentro da equipe</li> <li>✓ Interprofissionalismo é uma ferramenta para superar fragmentação da assistência</li> <li>✓ Buscar fomentar parcerias entre os profissionais da equipe</li> <li>✓ Ao somar forças, nos tornamos mais fortes para lutar por mudanças ou melhorias na nossa prática profissional</li> </ul>
<b>Desvelamento crítico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermeiros precisam potencializar trabalho em equipe para além das fronteiras (Rede) do serviço de saúde ao qual estão vinculados. A interlocução entre enfermeiros de diferentes pontos tem grande potencial transformador.</li> </ul>	

Fonte: produção própria, 2019.

<sup>26</sup> Situações limite: obstáculos, barreiras, empecilhos ou dificuldades, as quais interferem na vida dos indivíduos e que precisam ser superados (DURAND, HEIDEMANN; 2013).

**Quadro 02.** Apresentação dos 16 temas geradores finais, relacionados às potencialidades e desafios para as melhores práticas em enfermagem.

<b>Potencialidades para melhores práticas de enfermagem na RAS</b>	<b>Desafios para melhores práticas de enfermagem na RAS</b>
Trabalho em equipe	Equipe reduzida
Liderança	Burocratização do trabalho
Vínculo com o paciente	Pouco reconhecimento profissional (por gestores e usuários)
Espaços de aprendizagem coletiva	Remuneração baixa
Empoderamento do enfermeiro	Falta de diálogo entre enfermeiros
	Ausência de Educação Permanente em Saúde (EPS)
	Falta de autonomia e apoio (da gestão)
	Interferência política na assistência
	Sobrecarga de trabalho
	Falta de valorização e cuidado com cuidador
	Falta de apoio dos órgãos de classe

Fonte: produção própria, 2019.

Devido à aproximação dos temas, os mesmos foram desvelados simultaneamente. Em todas as fases do Itinerário Freireano, o diálogo foi uma ferramenta essencial na busca por reflexões e no incentivo ao empoderamento do enfermeiro diante das potencialidades e desafios relacionados à sua prática profissional. O encerramento dos encontros e do Itinerário da investigação ocorreu de forma descontraída, evidenciando a aproximação entre todos os participantes, favorecida pelo contexto da pesquisa e do método utilizado.

Os diálogos e conhecimentos gerados durante a investigação impulsionaram outras iniciativas, como por exemplo, a realização de dois grupos com gestantes, roda de conversa com usuárias da RAS sobre amamentação, intitulada de 1º Mamaço, colocando frente a frente os enfermeiros dos diferentes pontos da Rede e os usuários que por ela circulam. Ainda, a experiência ganhou destaque junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>27</sup> da Região Oeste de SC, para qual a pesquisadora foi convidada a fazer parte da Câmara Técnica, representando o setor atenção, do seu município. Como primeira atividade junto a CIES, a pesquisadora participou da organização de uma “Távola Científica sobre Saúde Mental”, temática compreendida como demanda importante na região, pela dificuldade de atuação dos profissionais em RAS, além do preparo dos membros da equipe de APS para manejo de situações nesse ponto de atenção. Em 2019, estão previstas outras ações, as quais serão

<sup>27</sup>A CIES é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente instituída pela Portaria GM/MS nº 1996/07 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e indicada como estratégia para a condução e desenvolvimento da Política de EPS. Busca promover um trabalho articulado entre as esferas de gestão, ensino, serviço e usuários (BRASIL, 2009).

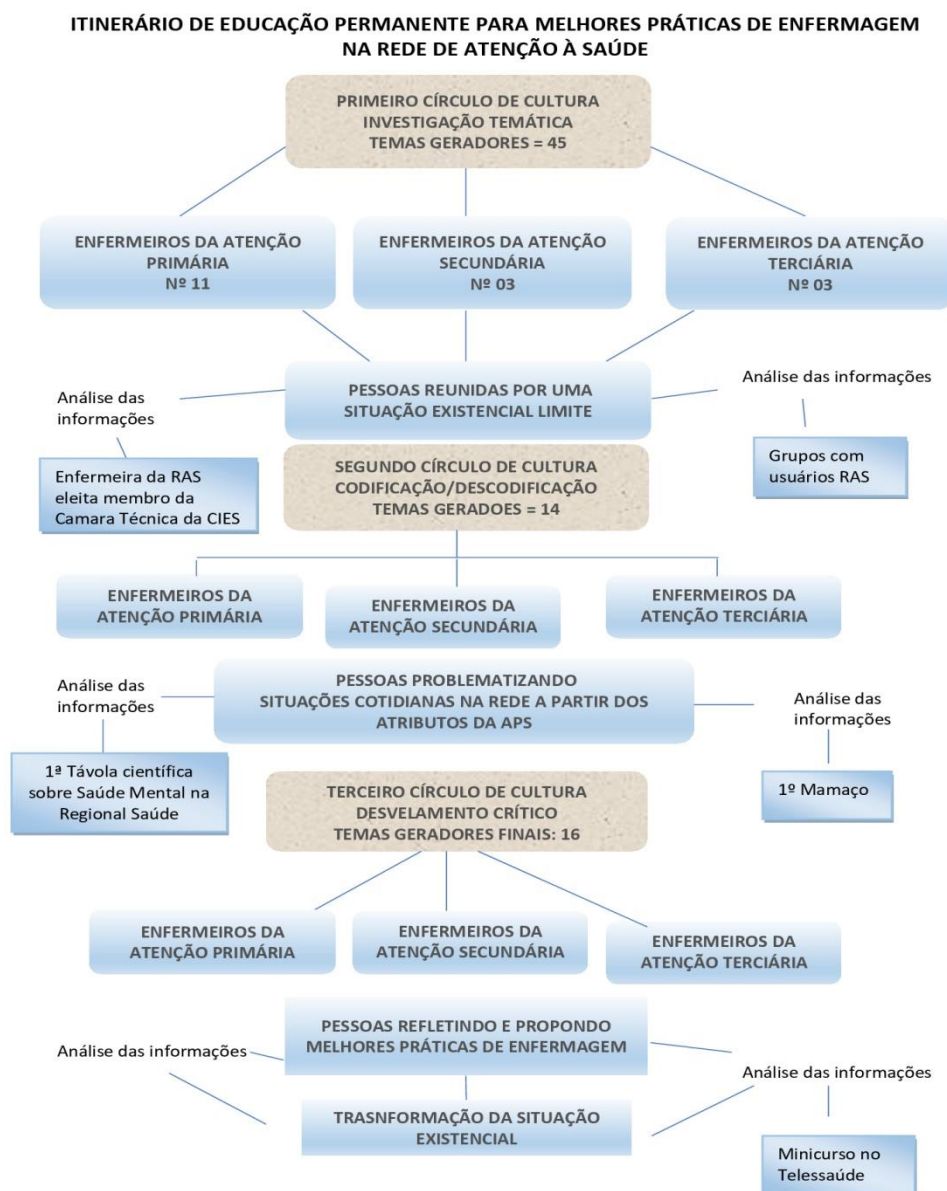
acompanhadas pela Câmara Técnica, envolvendo os municípios da região e Instituições de Ensino com cursos na área da saúde que fazem parte da CIES. Outras demandas de EPS para promover melhores práticas emergiram, o que impulsionou a criação de uma parceria com o Telessaúde/SC<sup>28</sup>, por meio do qual será ofertado material pedagógico instrucional com multimídia, divulgando produções oriundas do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e contribuir com o EPS no estado. Nessa proposta, será ofertado um primeiro Curso de Curta Duração ou Minicurso, de 60 horas, via plataforma do Telessaúde, para profissionais gestores de saúde do estado de SC, sobre tecnologias de gestão na Atenção Primária à Saúde. Posteriormente, outros cursos serão ofertados.

O envolvimento, as reflexões e discussões entre a pesquisadora e os participantes dos CC culminaram na construção conjunta de um fluxograma, apresentado na Figura 1, o qual descreve as etapas do Itinerário, ou seja, o caminho percorrido no decorrer da investigação e os desdobramentos, originados a partir das trocas e compartilhamento de saberes entre todos os envolvidos, durante os CC.

---

<sup>28</sup> O Telessaúde Santa Catarina (SC) é um dos Núcleos que compõem o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2007. O objetivo do Telessaúde é ofertar serviços de teleconsultoria, tele-educação e segunda opinião formativa, serviço em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde-SC e algumas secretarias municipais, com cobertura para 100% dos municípios de SC, consolidando-se como uma importante ferramenta de apoio assistencial e EPS dos profissionais do SUS (UFSC, 2019).

**Figura 1.** Fluxograma descritor do Itinerário de EPS para as melhores práticas de enfermagem na RAS, a partir das etapas e desdobramentos dos CC.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

## DISCUSSÃO

A EPS é uma ferramenta dinamizadora e apropriada para fomentar a mudança institucional, pois facilita a compreensão e reflexão a partir da ação, o trabalho em equipe, a capacidade de gestão e transformação dos processos de trabalho locais e da prática profissional (ANDRIGUE, TRINDADE, AMESTOY; 2017). O Itinerário vivenciado pelas enfermeiras da RAS oportunizou um verdadeiro processo de EPS, pois a pesquisa participante provocou a reflexão crítica e a mudança na forma de pensar e fazer, a partir de uma investigação, provocando dessa forma, a transformação na prática profissional.

No contexto do SUS, a EPS nasceu como estratégia para mudanças nas práticas de trabalho e na formação em saúde de modo a articular o ensino com as necessidades sociais detectadas pela Rede de serviços. A identificação de problemas requer diálogo entre as partes envolvidas e a necessidade de considerar os cotidianos vivos, nos quais operam trabalhadores e usuários, qualificando a capacidade de escuta e ação na direção de novos horizontes no cuidado em saúde (SCHWEICKARDT et al., 2015). Com vistas a atender as novas demandas do setor saúde, a PNEPS está em constante atualização, com destaque e maior ênfase aos princípios da aprendizagem significativa e utilização de metodologias ativas. Essa necessidade vem ao encontro dos achados desse estudo, no qual os participantes relataram a importância de o constante inovar e renovar no processo de trabalho, considerando o usuário como ator principal no processo saúde-doença, construindo o conhecimento para o autocuidado, em parceria com o profissional.

Embora a formação e educação em serviço dos trabalhadores da saúde ainda esteja, majoritariamente, pautada na transmissão de conteúdos por meio de capacitações ou treinamento por protocolos e rotinas, já é amplamente questionada sua efetividade, sendo que cada vez mais os olhares se voltam à instalação de um processo participativo quanto às práticas, instigando os profissionais a criticidade e a abertura aos processos de inovação, movimento proporcionado pela EPS (SCHWEICKARDT et al., 2015). Nesse aspecto, a CIES, enquanto instância interinstitucional, tem a função de formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, e prevê igual poder a todos os segmentos envolvidos no processo educativo – gestão, atenção, ensino e controle social – e que cada um deles assuma compromissos com a realidade concreta e, por conseguinte, com a gestão democrática e horizontal do contexto educativo. Cumpre destacar as fragilidades reveladas na atuação da CIES, por conta da baixa participação da gestão e dos profissionais atuantes nos serviços, o

que influencia diretamente na articulação com as demais paridades, resultando em ações desarticuladas e pouco efetivas (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Por outro lado, tem-se percebido movimentos na busca pela mudança desse contexto, promovendo uma maior interlocução ensino-serviço, com potenciais de transformação da realidade. O presente estudo é um exemplo prático dos benefícios da atuação em conjunto, da dimensão ensino e serviço em saúde. A aproximação da academia com os cenários de prática, mediada pelo Mestrado Profissional, fomentou espaços dialógicos promovidos durante o desenvolvimento dos CC. Inseridos no Círculo, os profissionais participantes da pesquisa sentiram-se acolhidos, reconhecidos e sujeitos de uma ação transformadora. Para Ceccim (2017) ao trabalharmos juntos, novas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, e esse compartilhamento interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e tudo que este permeia.

Quando falamos em Círculos eles nos remetem às “rodas”, cujo conceito orientou a formulação da PNEPS. A roda também remete ao referencial de Campos et al. (2014), que nos apresenta os conceitos de apoio matricial, cogestão e da interdisciplinaridade, ampliando a visão do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de co-responsabilidade no cuidado em saúde, ancorado na necessidade da construção da interlocução e do interprofissionalismo. Aplicando-se esses conceitos à RAS, destaca-se a necessidade da construção de relações horizontalizadas e de maneira compartilhada entre os profissionais, valendo-se de seu núcleo de conhecimentos, de sua experiência e visão de mundo, como também incorporando demandas trazidas pelo outro, em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (CAMPOS et al., 2014; CASTRO; CAMPOS, 2016). A EPS, no cotidiano das práticas, implica nesse novo olhar dos profissionais da saúde, os quais apresentam formações universitárias distintas e necessitam aprender a convergir saberes no coletivo em que se inserem, de modo que suas práticas se articulem e se tornem efetivas. Nessa direção, o recente debate sobre a interprofissionalidade corresponde à prática profissional colaborativa, em que se desenvolve o trabalho em equipe, integrando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e nas suas necessidades, no contexto da produção de saúde (DE FARIAS et al., 2018). A Educação Interprofissional (EIP) pode acontecer em processos de graduação, pós-graduação e educação permanente.

Como estratégia de EPS e para fomentar a colaboração e o trabalho em equipes multidisciplinares da APS, partir de 2010 apostou-se no desenvolvimento de algumas experiências inovadoras no campo das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e

extensão progressiva dessas práticas em todo o país como um modo de atingir o imenso público de trabalhadores do SUS a custos aceitáveis (PINTO, 2016). Destacam-se os serviços integrados como o Telessaúde, que vem sendo impulsionado com fôlego extra a partir do desenvolvimento da Internet como recurso de informação (MENDES, 2015). Essa tecnologia tem sido incorporada com vistas a atender às necessidades de cuidado emergentes na contemporaneidade, na gestão, assistência, ensino e pesquisa em enfermagem (BARBOSA; SILVA, 2017).

O desenvolvimento dos CC inicialmente causou certa apreensão entre os participantes visto que se viram desafiados pelo novo, por uma estratégia de pesquisa sobre a qual os mesmos ainda não detinham conhecimento. No entanto, o uso de metodologias participativas, crítico-reflexivas está cada vez mais em voga, e tem desafiado pesquisadores e participantes a desbravar tecnologias inovadoras, com objetivo principal de tornar ações e cuidado em saúde mais efetivo. Nesse momento, estimulou-se a reflexão dos participantes, devolvendo os temas anteriormente codificados/descodificados ao Círculo para debate, buscando a problematização e a passagem da consciência ingênua para consciência crítica e descoberta das situações limite (DURAND, HEIDEMANN; 2013).

Atuar enquanto equipe multiprofissional requer atuação em campo e partilha das práticas, habilitando novas potências de criação. Aceitar que é assim e aprender a viver assim vai requerer a experiência da educação interprofissional. Não se derruba imaginários tradicionais sem práticas educativas correspondentes, que atualmente correspondem a práticas inovadoras e que favoreçam a aprendizagem significativa (CECCIM, 2017).

O itinerário de EPS construído ao longo da pesquisa pode ser considerado uma prática inovadora e de potencial transformador da realidade vivenciada por cada participante. Os momentos pedagógicos provocados pelos CC se configuram como espaços de diálogo entre os enfermeiros dos diferentes pontos da Rede, os quais fazem deles momentos de discussão sobre seus afetos e também para a troca de informações, ao encontro dos pressupostos que orientam a EPS. Esse arranjo organizacional dialógico se expressa por meio das interações colaborativas entre os profissionais que vão resolvendo questões relacionadas à gestão e ao cuidado, a partir da possibilidade de desenvolver Melhores Práticas no seu cotidiano.

Conforme os encontros foram acontecendo, percebeu-se que estava se desenvolvendo um “roteiro” o que foi transformado em um itinerário de EPS, que pode ser entendido como um dispositivo de educação e, ao mesmo tempo, de produção do cuidado, contribuindo para ativar a participação e o protagonismo dos sujeitos implicados no processo (CONCEIÇÃO et al., 2015). O estudo espera instigar novas pesquisas sobre o desenvolvimento das Melhores

Práticas de Enfermagem no contexto de saúde brasileiro, visando melhoria crescente da qualidade da assistência de enfermagem na RAS. O Itinerário de EPS pode ser replicado em outras realidades, com maior propagação do uso de metodologias participativas, favorecendo a interlocução que pode contribuir para a melhoria das relações no cotidiano do trabalho, contribuir para o desenvolvimento de ações em saúde de forma integrada, dialógica e sob um olhar mais crítico na direção de mudanças no coletivo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A problematização iniciada e descrita nesse estudo com os enfermeiros da RAS sobre a temática das “melhores práticas” pode ser caracterizada como um elo inicial de comunicação, permeada pelo diálogo e espaços de ensino-aprendizagem coletivos, que despertem em cada profissional a avidez pela busca e compartilhamento do saber.

Destaca-se a potencialidade da metodologia do Círculo de Cultura para o desenvolvimento da pesquisa em saúde, proporcionando momentos de diálogo e reflexão, independente do seu espaço de realização. Entendido como metodologia crítico-reflexiva, permite, constantemente, atos de ação-reflexão-ação, tornando o pesquisador um facilitador e também, um participante do estudo. No presente estudo, ficou evidente que os CC operaram como lócus de compartilhamento de experiências e, portanto, de Educação Permanente, propulsor da reflexão e da transformação da realidade dos enfermeiros.

A construção do itinerário de EPS pelo coletivo de enfermeiros pode ser compreendida como uma tecnologia de educação e, ao mesmo tempo, de produção do cuidado, permeando a participação e o protagonismo dos enfermeiros, na direção das melhores práticas e da qualificação do cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ANDRIGUE, Karen Cristina Kades; TRINDADE, Letícia de Lima; AMESTOY, Simone Coelho. Formação acadêmica e educação permanente: influências nos estilos de liderança de enfermeiros. **Rev. Fun. Care**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 971-77, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5534/pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ARUTO, Giuliana Calderini; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hömer Schlindwein. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. esp, p. 01-09, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45648/pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009. 64p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**. Brasília: Secretaria-Executiva, 2014. 120 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_saude/movimento\\_instituinte.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude/movimento_instituinte.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018**. Recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília: DF, 2018. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847](http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847)>. Acesso em: 08 abr. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract)>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455-81, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200455&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200455&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 13 dez. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Interprofissionalidade e Experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti (org). **Interprofissionalidade na saúde e formação: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67.

CONCEIÇÃO, Mírian Ribeiro et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). **Interface (Botucatu)**, v. 19, suppl, p. 845-55, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500845&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500845&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 24 ago. 2018.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-61, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005005106&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005005106&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 fev. 2019.

DURAND, Michelle Kunz; HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200003)>. Acesso em: 25 set. 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 64ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017. 256p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a Documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde**. República do Congo: Escritório Regional Africano Brazzaville, 2008. 14p. Disponível em:<<http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. P. 23-66.

ROSSETTI, Luciana Teixeira et al. Permanent education and health management: a conception of nurses. **J. res. fundam. care. Online**, v. 11, n. 1, p. 129-134, 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6513/pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SCHWEICKARDT, Julio Cesar et al. **Por uma formação que faz banzeiro e encharca os cotidianos de serviços de saúde**. In: SCHWEICKARDT, Julio Cesar; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio; CHAVES, Simone Edi (org). **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. P. 25-53.

THUMÉ, Elaine et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p.275-288, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0275.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Histórico do Telessaúde**. Florianópolis: Núcleo Telessaúde Santa Catarina, 2019. Disponível em: <<https://telessaude.ufsc.br/historico/>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

VENDRUSCOLO, Carine et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 7p., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Martha Lenise do, KLEBA, Maria Elisabeth. Reorientação do Ensino na Saúde: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 03, p. 246-60, 2016.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1353-64, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012103&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012103&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 dez. 2018.

#### 6.4 PRODUTO TÉCNICO 1 – PROJETO TELESSAÚDE UDESC

A UDESC tem participado amplamente de ações no âmbito da EPS, seja por meio das atividades via CIES Santa Catarina e Regional ou por meio da Pós Graduação, cuja pesquisa-ação convida à elaboração de projetos de intervenção e/ou dissertações com produtos que atendam os cenários em que atuam profissionalmente as mestrandas. Nesse sentido, a mestranda passou a participar da CIES Regional, como representante do segmento atenção do município no qual trabalha, percebendo assim, as demandas de EPS dessa região. Essa participação resultou no Projeto Telessaúde/UDESC.

O Projeto Telessaúde/UDESC trata de uma parceria entre a UDESC, por meio do MPEAPS e Grupo de Pesquisa GESTRA da UDESC Oeste, com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Ministério da Saúde (ANEXO VII). O Telessaúde Santa Catarina (SC) é um dos Núcleos que compõem o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2007. O objetivo do Telessaúde é ofertar serviços de teleconsultoria, tele-educação e segunda opinião formativa, serviço em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde - SC e algumas secretarias municipais, com cobertura para 100% dos municípios de SC, consolidando-se como uma importante ferramenta de apoio assistencial e EPS dos profissionais do SUS (UFSC, 2019).

Na região Oeste, pelo aumento considerável de cursos de graduação e pós-graduação em saúde, faz-se necessária essa formação permanente. As mestrandas do MPEAPS são enfermeiras que atuam profissionalmente nos mais diversos pontos da RAS, na região Oeste e, por isso, reconhecem os problemas oriundos da prática, podendo contribuir para a transformação, na direção da qualificação das práticas, inclusive, por meio da tele-educação. Dessa maneira, o projeto tem por objetivos: a) objetivo geral: criar material pedagógico instrucional com multimídia, a fim de dar visibilidade à produção do MPEAPS da UDESC e contribuir com a EPS no estado de SC; b) objetivos específicos: criar uma base junto ao Telessaúde SC, utilizando diferentes recursos de mídia, sobre temas no âmbito da APS visando promover a EPS em SC; promover a criação de cursos de curta duração a partir dos temas das dissertações produzidas junto ao GESTRA, no âmbito do MPEAPS da UDESC; compartilhar os produtos técnicos e tecnológicos desenvolvidos no MEAPS da UDESC; promover a integração da UDESC Oeste com o Telessaúde SC, fomentando a EPS no Estado de SC; contribuir com a produção técnica científica da área da saúde, sobretudo da educação e gestão do trabalho em saúde; atender as demandas regionais de material didático instrucional para EPS.

Serão elaborados minicursos a distância (Educação à Distância – EAD), no formato autoinstrucional, pelos quais o próprio aluno organiza seu tempo de estudo dentro do prazo determinado, conduzindo seu processo de aprendizagem a partir da leitura dos materiais e realização das atividades, e webpalestras com temáticas que irão contribuir com a educação permanente dos profissionais e gestores da AB.

Como uma das autoras do Projeto e membro da Câmara Técnica da CIES, a mestrandia irá participar ativamente, das ações que resultarem dessa parceria. A primeira ação será o Minicurso Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde, o qual será descrito a seguir.

## 6.5 PRODUTO TÉCNICO 2 – MINICURSO TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA APS

Esta primeira ação, desenvolvida na parceria entre Telessaúde/SC e UDESC, configura-se como um minicurso de 60 horas, o qual será exibido via plataforma de educação a distância (EAD), no Telessaúde/SC. O público alvo são profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da APS em SC. O curso tem como objetivos: 1) instrumentalizar profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da APS em SC para a gestão e o cuidado em saúde; 2) refletir sobre a utilização desses instrumentos com base no referencial das melhores práticas em saúde. A proposta foi desenvolvida a partir dos resultados das dissertações da mestrandia Mônica Ludwig Weber, sob orientação da Profa. Carine Vendruscolo e da mestrandia Carise Schneider, sob orientação da Profa. Letícia de Lima Trindade.

Esleveu-se o Telessaúde, por tratar-se de um meio de EPS que preocupa-se em oferecer suporte à APS, além de ser uma tecnologias de informação e comunicação de fácil acesso para os profissionais. Trata-se uma ação que busca melhorar a qualidade do atendimento e da APS no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação que oferecem condições para promover a assistência e a educação por meio de ensino à distância (UFSC, 2019).

Recente pesquisa interinstitucional financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de SC (FAPESC), tendo como proponente a UDESC Oeste, por meio do GESTRA, revelou que o Telessaúde SC tem sido referência e principal meio de educação permanente para equipes de apoio multidisciplinares dos serviços da AB no Estado (VENDRUSCOLO et al., 2019 – PRELO). A região oeste, pela distância dos grandes centros de formação, reconhecidamente, está entre as regiões do estado que acessam, periodicamente, essa ferramenta de EPS.

O curso conta com duas Unidades Pedagógicas: “Instrumentos de trabalho na gestão em saúde” (Unidade de aprendizagem 1) e “Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde”(Unidade de aprendizagem 2). Além do material didático do tipo cartilha (explorado no item a seguir), é composto por vídeo aulas referentes à cada Unidade Pedagógica, power points que ilustram as Unidades e três vídeos caseiros que ilustram as práticas, realizados com profissionais da gestão em saúde e experts na temática. Todo o material multimídia produzido poderá ser visualizado no acesso ao curso online.

**Programa de Pós Graduação em Enfermagem**  
**Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**  
**Grupo de Estudos sobre Trabalho e Saúde (GESTRA)**

**PROJETO TELESSAÚDE / UDESC**  
**TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À**  
**SAÚDE**

Dra. Letícia de Lima Trindade: Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Líder do Grupo Gestra. E-mail: [letrindade@hotmail.com](mailto:letrindade@hotmail.com).

Carise Fernanda Schneider: Mestranda do MPEAPS, enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento de Chapecó/SC. E-mail: [carisefs@yahoo.com.br](mailto:carisefs@yahoo.com.br).

Dra. Carine Vendruscolo: Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC. Vice-líder do Grupo Gestra. E-mail: [carine.vendruscolo@udesc.br](mailto:carine.vendruscolo@udesc.br)

Mônica Ludwig Weber: Mestranda do MPEAPS, enfermeira do hospital de São Carlos/SC. E-mail: [monyludwig@hotmail.com](mailto:monyludwig@hotmail.com).

## **INSTRUMENTOS DE TRABALHO NA GESTÃO EM SAÚDE**

### **APRESENTAÇÃO**

Essa Unidade tem como objetivo provocar a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo enfermeiros, para a gestão e o cuidado em saúde. Além disso, assume-se o propósito de preparar pedagogicamente os profissionais que atuam nestes serviços, para receber e contribuir com a formação permanente dos estudantes e demais membros da equipe.

O propósito da Unidade é contribuir com a qualificação da gestão dos serviços de saúde, especialmente os públicos. Parte da premissa que esta atividade se configura como importante desafio, reunindo uma diversidade de responsabilidades que interferem e recebem influências de vários elementos e que implicam no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o material apresentado vai ao encontro do entendimento de que são necessários muitos investimentos na qualificação dos gestores em saúde, na perspectiva de ações contínuas e permanentes, incluindo na formação destes trabalhadores o que, certamente, implicará na qualidade da saúde pública no país. Considera-se necessária a construção de novas abordagens/metodologias que favoreçam o profissional inserido na gestão de serviços de saúde, a fim de favorecer a qualificação da prática para aprimorar as habilidades profissionais e fortalecer a assistência resolutiva e qualificada. Nesse sentido, as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) se configuram como caminho possível, especialmente, utilizando-se dos recursos de formação no serviço, como prevê o Telessaúde, no qual se insere o Curso “**Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde**”.

### **DESENVOLVIMENTO:**

## **UNIDADE DE APRENDIZAGEM 1**

### **1 INSTRUMENTOS DE TRABALHO NA GESTÃO EM SAÚDE**

Busca-se fundamentar teoricamente os profissionais de saúde para atuarem frente à gestão dos serviços, promovendo a melhoria das condições de saúde da população. Para isso, essa Unidade está dividida em quatro subtítulos, sendo eles: Aspectos teóricos conceituais do

trabalho em saúde; Desafios na gestão da APS; Instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS e Gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS: outras reflexões importantes.

### **1.1 Aspectos teórico conceituais do processo de trabalho em saúde.**

As discussões sobre o processo de trabalho são importantes para o entendimento das organizações de saúde, pois auxiliam na compreensão da sua capacidade transformadora, já que existe uma capacidade laboral em todos os profissionais inseridos na assistência e o aproveitamento disso eleva potencialmente a capacidade resolutiva dos serviços. Para tanto, é necessário reestruturar os processos de trabalho em saúde, compreendendo que este é sempre um processo coletivo e não há nenhum perfil de trabalhador que, sozinho, dê conta de todas as necessidades de saúde das pessoas (MERHY; FRANCO, 2008a).

O processo de trabalho em saúde tem seu objeto constituído por processos sociais, psíquicos e biológicos, que ao serem alterados, impactam na saúde/doença das pessoas (FARIA, 2009. Além disso, possui uma finalidade social, pois ao ser orientado pelo saber científico, sempre se realiza no encontro entre trabalhador e o usuário (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Estas reflexões possibilitam compreender que conhecer o trabalho demanda reconhecer os sujeitos e o contexto laboral. É o trabalhador, lotado nas instituições de saúde, que desenvolve e sustenta um projeto de ação. Este preceito exige a compreensão das relações entre os sujeitos no processo de trabalho coletivo. As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo estão relacionadas à relação entre os sujeitos envolvidos, seu exercício no cenário do trabalho institucionalizado e à complexidade política e econômica envolvidos (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Para melhor compreender o trabalho de gestão em saúde, pode-se diferenciar (BRASIL, 2003):

<b>Gerência</b>	<b>Gestão</b>
Administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS.	Atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional). Envolve coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar os serviços.

Cabe contextualizar que se vive num momento de descentralização, o que tem

determinado mudanças nas atividades dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois o trabalho gerencial nesses locais se concentra em atividades decisórias, caracterizadas pela resolução de problemas identificados diretamente na UBS, mais próximos dos usuários, o que aumenta as responsabilidades desses profissionais.

**Destaque:** o gerente da UBS é o principal elo entre a instituição municipal de saúde, a equipe e a comunidade, seu trabalho está relacionado ao processo de tomada de decisões, planejamento, avaliação da qualidade do serviço, gerenciamento de recursos materiais, dimensionamento de pessoal, seleção e recrutamento de profissionais, educação continuada, supervisão das atividades e avaliação do desempenho (CIAMPONE; MELLEIRO, 2016). Tais responsabilidades exigem o aprendizado de novos conhecimentos, habilidades e atitudes e estão diretamente relacionadas à eficiência administrativa e capacidade de respostas ágeis e eficazes fornecidas pelos gerentes.

A tomada de decisão é uma das habilidades mais importante do gerente e é a função que caracteriza o desempenho da gerência (eficiência). Assim, para ser exitosa, deve ser fruto de um estudo do problema existente, a partir da obtenção de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão mais adequada, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos (SILVA, 2012).

Abordar o processo de trabalho em saúde e o uso das tecnologias nos provoca a pensar sobre a importância destas reflexões para a compreensão da organização da assistência à saúde, sobretudo, na maneira como a reestruturação dos processos de trabalho permite potencializar o trabalho (MERHY; FRANCO, 2008b).

O processo de gestão em saúde deve ser construído numa perspectiva de um projeto que atenda as necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade da assistência. Os gerentes são atores poderosos para fomento da transformação da prática em saúde, pois podem dimensionar os problemas de maneira global (AGUIAR, 2017).

Atualmente o Ministério da Saúde indica que os gerentes contribuam para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, em especial no fortalecimento da atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial (BRASIL, 2017). Abaixo se apresenta algumas atitudes essenciais requeridas a um gerente de UBS (BRASIL, 2017):

**Tabela 1: Atitudes requeridas aos gerentes de serviços na APS.**

- Conhecer e divulgar, junto aos profissionais, as diretrizes da APS para orientar a organização do trabalho na UBS;
- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde;
- Acompanhar, orientar e monitorar o trabalho das equipes sob sua gerência;
- Mediar conflitos e resolver problemas;
- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação, divulgando e utilizando-os para análise e planejamento das ações;
- Estimular o vínculo entre os profissionais, favorecendo o trabalho em equipe;
- Potencializar e orientar a correta utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos;
- Zelar pelo bom uso dos recursos, evitando o desabastecimento;
- Representar o serviço sob sua gerência e articular com demais atores da gestão;
- Conhecer a Rede de Atenção à Saúde;
- Participar e incentivar a participação dos profissionais na organização dos fluxos na UBS;
- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território;
- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais e promover a Educação Permanente;
- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social.

Nesse contexto, a incorporação de novas tecnologias surge no intuito de alterar o modo de produção do cuidado. O termo “tecnologia” é utilizado para definir o conhecimento científico instituído, usado na ciência aplicada, que permite fazer mediações entre o saber científico e a prática. A razão tecnológica refere que o trabalho e as práticas sejam regulados pelo saber acumulado previamente. Assim, o objeto da ação é algo que motiva a produção do serviço e o uso mais apropriado de determinada tecnologia indica para mediação entre saber e fazer (CAMPOS, 2011).

O uso de novas tecnologias podem impactar o modo de se realizar o trabalho em saúde, o que tem tênue relação com a Reestruturação Produtiva em Saúde, a qual altera os processos produtivos, incorporações tecnológicas, organizações do trabalho e novas atitudes profissionais, produzindo mudança no modo de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2008a; PIRES, 2000).

**Conceito:** Reestruturação Produtiva é o processo resultante de mudanças no modo de produzir o trabalho. Esta acontece a partir da introdução de novas tecnologias de cuidado, nas formas de organizar o processo de trabalho e até nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro, ou seja, ocorre a partir de fatores que trazem uma reorganização no modo de se produzir o cuidado e inovações nos sistemas produtivos da saúde (MERHY; FRANCO, 2008a). O uso de novas tecnologias relaciona-se aos novos materiais projetados com alta tecnologia e que estão cada vez sendo mais empregados na assistência à saúde (PIRES, 2000).

A utilização de equipamentos de tecnologia de ponta não substitui o trabalho humano. O advento de equipamentos projetados pela bioengenharia e engenharia genética, não suprem a necessidade de investigação, avaliação, instituição do tratamento e nem tampouco o cuidado (PIRES, 2000). Há uma reflexão acerca do uso das tecnologias no processo de trabalho em saúde que as define como “tecnologias materiais”, as máquinas e instrumentos e “tecnologias não materiais”, o conhecimento técnico. Este último assume o papel de conexão entre os sujeitos (MENDES GONÇALVES, 1994).

A sociedade atual está fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global e pelo capitalismo (PIRES, 2009), o que reflete na reorganização dos modelos assistenciais. Para que seja possível obter mudanças nos modelos assistenciais tradicionais é preciso considerar as especificidades do trabalho em saúde, no que diz respeito ao exercício profissional, as escolhas cotidianas dos sujeitos e as restrições pessoais e institucionais que ultrapassam o modelo tradicional de políticas. No cenário de trabalho coletivo, há a necessidade de se construir um processo de responsabilidade dividida entre os profissionais, usuários e gestores, na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

**ATIVIDADE:** Reflita sobre o seu processo de trabalho diário na APS e quais tipos de tecnologia você utiliza no seu dia-a-dia? Na sequência, classifique-as em materiais e não materiais.

## **1.2 Desafios na gestão da Atenção Primária em Saúde**

A gestão, no sentido ergológico, vai além da determinação de atividades e tarefas. Abrange as escolhas dos envolvidos, opiniões, hierarquização de atos e objetivos, ou seja, envolve valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

A gestão do SUS exige competências administrativas de um profissional que tenha a capacidade de receber as demandas, refletir sobre elas e transformá-las em projetos e ações práticas que atendam às necessidades da população. Com a descentralização das responsabilidades sobre a saúde aos municípios, o gestor do SUS precisa ter capacidades administrativas, que ultrapassem saberes técnicos tradicionalmente vistos na administração do SUS e que devem estar alinhados às necessidades públicas, principalmente no que tange a qualidade dos serviços em saúde. Fatores como estrutura física, capacidade resolutiva dos profissionais e planejamento (metas e formas de avaliação) são linhas de trabalho que buscam o aprimoramento da gestão e consequentemente da qualidade dos serviços oferecidos para a população (FISCHER et al., 2014).

Os gestores dos serviços de saúde têm a responsabilidade pelo bom funcionamento das organizações e para tanto, há o desafio de estabelecer a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os objetivos gerenciais. Consiste em uma prática administrativa com o objetivo de otimizar o funcionamento das instituições de saúde, para obter alto grau de eficiência, eficácia e efetividade (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A atividade gerencial na APS exige a necessidade de preparo e instrumentos adequados para auxiliar no processo de trabalho, uma vez que cenários com fragilidades na capacitação dos gestores tendem a aumentar as suas cargas de trabalho. A gestão das unidades de saúde compreende atividades que vão desde ações normativas de trabalho, envolvimento da equipe, até a mobilização da comunidade e da gestão municipal. Todas elas devem estar articuladas e direcionadas para uma gestão qualificada, com uma finalidade primordial, que é um serviço de qualidade.

A identidade do trabalho na APS e no Brasil, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo desse nível assistencial em nosso Sistema de Saúde, está relacionada à proximidade com a realidade que as pessoas vivem e para tanto, deve contar

com profissionais qualificados e entusiasmados para o exercício da função. Assim, para que o trabalho em equipe ocorra, é necessária a colaboração entre os membros da equipe, com a possibilidade de troca entre diferentes saberes e a complementaridade nas atividades (PERUZZO et al., 2018).

Neste sentido, a ação de administrar possibilita a organização dos serviços de saúde, ao passo que realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção, controle (JUNQUEIRA, 1990) e avaliação dos indicadores.

Apesar disso, tem-se a perspectiva de que na prática a presença de profissionais qualificados e comprometidos à frente do trabalho em saúde promove modificações na realidade do processo de trabalho em equipe e, conseqüentemente na qualidade da assistência de saúde prestada à população.

Nos últimos anos, os gestores vêm introduzindo novas formas de planejar e monitorar os serviços oferecidos, o que tem possibilitado determinar indicadores comparativos (FISCHER et al., 2014). Com vistas à qualidade dos serviços, uma reorientação do sistema de saúde ainda é um desafio, pois é preciso melhorar os fatores que são responsáveis pelo baixo desempenho da assistência à saúde.

Assim, compreende-se que para atingir uma autonomia administrativa em suas atividades laborais, o gerente deve reunir competências técnicas e científicas, conhecimentos sobre as políticas, normativas e sobre a legislação do SUS, fluxos institucionais, habilidades no gerenciamento de pessoas/equipes, capacidade de tomada de decisões, além de resiliência para encarar as diversas situações do cotidiano do trabalho em saúde.

**Destaque:** frente a esse cenário, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se destaca como a principal proposição para a incorporação dos princípios da problematização, da contextualização da realidade, das pedagogias inovadoras e do pensamento reflexivo. Além disso, esta se centra nos problemas que emergem do cotidiano laboral das equipes de saúde, e vem proporcionando mudanças na realidade das instituições (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Trata-se de uma proposição teórica e prática que converge com a necessidade dos gestores de constantemente desenvolverem habilidades, tais como: habilidade técnica específica, abordagem do paciente, trabalho em equipe, iniciativa, organização pessoal e do ambiente de trabalho, decisões fundamentadas e uso das tecnologias (SALUM; PRADO, 2014). Além disso, é necessário observar que o processo de formação perpassa por mudanças

na dinâmica do trabalho e na velocidade da produção do conhecimento, o que demanda uma formação crítica e o desenvolvimento de profissionais autônomos e preocupados com o cuidado integral, de acordo com as diretrizes e demandas que operam no SUS (VENDRUSCOLO et al., 2018). Assim, todos esses fatores são relevantes na formação de habilidades profissionais adequadas para a atuação resolutiva no sistema de saúde.

Nessa lógica, a EPS pode abranger em seu curso várias ações de capacitação, mas o inverso não ocorre. Até podem ter início e final e serem dirigidas a grupos de trabalhadores definidos, desde que esteja vinculada a objetivos de mudança institucional (BRASIL, 2009). Apesar de a maioria das ações de EPS configurarem-se como “cursos”, que também se mostram importantes, somente essa modalidade não contempla o que prevê a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pois a EPS não pressupõe um somatório de cursos. Assim, é necessário a implementação das ações de EPS voltadas às realidades, necessidades e aos processos locais, com vistas à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde. Pressupõe processos de educação nos quais os sujeitos da ação sejam também sujeitos da problematização e transformação de suas práticas (PINTO, 2016).

Em síntese, o desenvolvimento de habilidades gerenciais é um desafio aos gestores, pois há a necessidade de reunir aspectos técnicos, administrativos e atitudes pessoais, como ética, afetividade, prospecção e diálogo. Espera-se que o gestor intencione suas ações numa ótica coletiva e que seus objetivos sejam alcançados pelo esforço do conjunto e não pela reunião de esforços individuais (AGUIAR, 2016).

O gestor é um profissional diferenciado e sua formação original e permanente deve contribuir para ordenar o funcionamento do serviço. Isto o coloca numa posição de transformador da realidade, uma vez que suas deliberações atingem sua equipe e a população que está sob sua responsabilidade. Para isso, a proposição que temos é que o gestor reflita e utilize a gama de instrumentos e possibilidades disponíveis para qualificar a gestão do SUS, inove na organização do trabalho, reduza a fragmentação entre a oferta de serviços e necessidades reais da população, promova a interligação efetiva das práticas e dos profissionais da Redes de Atenção à Saúde (RAS), incentive o trabalho em equipe e a participação dos sujeitos como protagonistas das ações em saúde (AGUIAR, 2016).

**Convidamos a refletir sobre a maior dificuldade que você tem encontrado no desempenho do seu papel enquanto gerente e/ou profissional da APS. Após isto, faça o seguinte exercício (MARQUIS, HUSTON, 2015):**

1. Identifique o problema;
2. Reúna dados para a análise das causas e das consequências do problema;
3. Investigue soluções alternativas;
4. Avalie as alternativas;
5. Selecione a solução apropriada;
6. Implemente a solução;
7. Avalie os resultados.

### **1.3 Instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS.**

A gestão das unidades de saúde compreende atividades complexas, que vão desde ações normativas de trabalho, envolvimento da equipe, até a mobilização da comunidade e da gestão municipal. Contudo, o gerenciamento não se resume apenas à tomada de decisões assertivas diante das situações do dia-dia, pois vive-se em um mundo dinâmico e exigente, em que o reconhecimento das atividades de cunho gerencial causa impactos na integralidade da assistência, ao repercutirem na intervenção e transformação da realidade. Por isto, a utilização dos instrumentos de trabalho gerenciais emerge num contexto em que o objetivo é a tomada de decisões. A literatura mostra que as melhores decisões são tomadas quando se tem conhecimento acerca dos processos organizativos (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

Autores lembram que na atividade gerencial se deve considerar o objeto de trabalho, os instrumentos disponíveis e do perfil da força de trabalho (SORATTO et al., 2015). Alguns instrumentos de trabalho contribuem para a autonomia administrativa e qualificação da organização do serviço, tais como: o planejamento, avaliação da qualidade, gerenciamento de recursos materiais, dimensionamento, seleção e recrutamento de pessoal, educação continuada/permanente, supervisão e desempenho (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

Algumas realidades evidenciam o acúmulo de funções delegadas ao gerente, como por exemplo, o acúmulo da função de gerente de UBS e de um membro da equipe de ESF. Isso contrapõe o indicado pela nova PNAB, que orienta que o gerente não deve ser membro integrante das equipes vinculadas à UBS (BRASIL, 2017). Neste sentido, ações como o planejamento em saúde, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das

ações são facilitadas com o processo compartilhado e interativo entre os membros da equipe.

As atividades do gerente em saúde não devem estar unicamente concentradas no atendimento e nas necessidades do usuário. Ele deve assumir a coordenação, administração e gerenciamento do processo de trabalho dos profissionais e de materiais, educação permanente em saúde, orientação de equipe sobre a organização e objetivos da sua equipe enquanto promotora de saúde.

O trabalho na APS exige a participação dos envolvidos com a saúde da população e isso pressupõe que os profissionais, gestores e os próprios usuários estejam imersos neste movimento. Nesse sentido, a atuação de todos no processo de discussão e formulação das práticas possibilita o entendimento dos objetivos e contribui para a responsabilização dos envolvidos (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Nesse âmbito, em uma dissertação (SCHNEIDER; 2019) que teve como objetivo identificar e propor instrumentos de trabalho para a qualificação das atividades gerenciais e assistenciais dos enfermeiros gerentes de equipes de ESF em um município do oeste catarinense<sup>29</sup> mapeou-se os principais instrumentos de gestão utilizados pelos gerentes de UBS.

No estudo, foi possível inferir que estes profissionais recorrem a vários recursos para suas atividades. Os instrumentos de trabalho foram classificados como instrumentos utilizados na dimensão assistência, na dimensão gerenciamento e instrumentos para ambas as dimensões do trabalho em saúde (PIRES, 2009; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

A seguir apresenta-se estes instrumentos, conforme dados da pesquisa acima citada.

INSTRUMENTOS DE TRABALHO GERENCIAIS		
Aqueles empregados para a tomada de decisões, organização do trabalho interno e resolução dos problemas do serviço e/ou da Rede de Atenção à Saúde (RAS).		
INSTRUMENTO	REFERENCIAL TÉCNICO/TEÓRICO	NOTAS DA PESQUISA AÇÃO COM GERENTES (SCHNEIDER, 2019) *
•Diretrizes de formação das equipes	<p>Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização do SUS. É composta no mínimo por médico, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.</p> <p><b>Para saber mais:</b> acesso a <b>Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017</b> (aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecendo a revisão de diretrizes para</p>	Importante para estabelecimento dos papéis dos membros da equipe.

<sup>29</sup> Resultados de estudo que compõe uma macropesquisa contemplada no Edital nº 27/2016 CAPES/COFEN.

	a organização do SUS.	
• <b>Escalas de trabalho</b>	<p>Tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais necessários para suprir as necessidades de assistência. É um exercício que requer tempo e conhecimentos relativos à legislação trabalhista, necessidade da demanda, dinâmica do atendimento, características da equipe. Escalas de férias, de trabalho mensal, semanal e diária são maneiras de organizar o serviço.</p> <p><b>Para saber mais:</b> MARQUIS, B.L. HUSTON, C.J. <b>Necessidades de alocação de pessoal e políticas de organização e horários.</b>In: Administração e Liderança em enfermagem: teoria e prática. Artmed, Porto Alegre, 8ª ed. 2015.</p>	<p>Estratégia para a garantia do funcionamento da UBS. Sua elaboração requer conhecimentos relativos a necessidades da população, dinâmica da unidade, quantidade suficiente de funcionários e tempo para confecção.</p>
• <b>Indicadores</b>	<p>Indicador é um valor, uma informação que explica uma relação entre variáveis numa determinada realidade. Através dos indicadores poderemos realizar comparações com os parâmetros estabelecidos. No Brasil, são prioritários indicadores relacionados à saúde da mulher, gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, saúde bucal, entre outros.</p> <p><b>Para saber mais:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. <b>Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF.</b> Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.</p> <p>Organização Pan-Americana da Saúde. <b>Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações</b> / Rede Interagencial de Informação para a Saúde. REDE, Brasília, 2. ed, 2008.</p>	<p>Os indicadores se apresentaram como fontes de informações para subsidiar as ações na UBS.</p>
• <b>Conselho de Saúde</b>	<p>O Conselho Nacional de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS. Ele a inclusão da população no controle e na elaboração de em saúde. A representação dos usuários é paritária, ou seja, os usuários têm direito à metade do número de representantes</p> <p><b>Para saber mais:</b> acesse a <b>Lei 8142, 28 de dezembro de 1990</b>. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.</p>	<p>Fundamental no processo de organização da atenção à saúde da população atendida na UBS, já que os assuntos discutidos nas reuniões de Conselho expressam as demandas e expectativas da população.</p>
• <b>Planejamento anual</b>	<p>A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Nas UBS, Programação Anual de Saúde contém as ações que contribuem para o alcance dos objetivos, as metas; os indicadores a serem trabalhados.</p> <p><b>Para saber mais:</b> Brasil. Ministério da Saúde. <b>Manual de planejamento no SUS.</b> Cap. 6 Principais instrumentos, estruturas básicas e ferramentas de apoio para o planejamento no SUS. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 1. ed., 2016.</p>	<p>Requer a participação de toda a equipe que atua na UBS e direciona acordos e metas coletivas.</p>
• <b>Ouvidoria</b>	<p>Criada em 2003, tem objetivo de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS. Busca integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.</p>	<p>Possibilita a manifestação do usuário, representa a satisfação e as expectativas da população e estimam o nível de qualidade do serviço. Entretanto, a população deve ser</p>

	<p><b>Para saber mais:</b> Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participe SUS. Cap. 3 <b>Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.</b> Brasília, 2ª ed., 2009.</p>	esclarecida sobre objetivos e finalidades da ouvidoria.
• <b>Reuniões de equipe</b>	<p>Momento de reunião dos membros da equipe os membros da ESF e das equipes de apoio utilizado para planejar, organizar e avaliar os processos de trabalho desenvolvidos. Configura-se como um espaço de diálogo, exposição de opiniões, elaboração de planos de atendimentos individuais e coletivos. Pode ser um espaço de troca de conhecimento interdisciplinar e redução das fragilidades nas relações interpessoais do trabalho em equipe.</p> <p><b>Para saber mais:</b> PERUZZO, H.E. et al .<b>Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família.</b> Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.22,n 4, e20170372, 2018. Disponível em &lt;<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1414-81452018000400205&amp;lng=pt&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1414-81452018000400205&amp;lng=pt&amp;nrm=iso</a>&gt;.</p>	Instrumento capaz de subsidiar a tomada de decisão, com valorização trabalho colaborativo, no qual as decisões são tomadas por consenso da equipe.
• <b>Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)</b>	<p>A AMAQ é o ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços. Trata-se de processo autoavaliativo das equipes, que deve ser contínuo e permanente.</p> <p><b>Para saber mais:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ.</b> Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2. ed, 2016.</p> <p>Site: <a href="http://amaq.lais.huol.ufrn.br/">http://amaq.lais.huol.ufrn.br/</a>.</p>	O seu uso auxilia na gestão e no planejamento das ações para atingir os objetivos da equipe.
• <b>Relatórios de sistemas informatizados</b>	<p>O bom uso e a correta alimentação de dados nos sistemas informatizados, de maneira correta e atualizada, permite a geração de relatórios consistentes, que possibilitam que o gerente possua uma correta visualização da situação de saúde da população e do atendimento da UBS, facilitando atividades de monitoramento e planejamento.</p> <p><b>Para saber mais:</b> SANTOS, T.O.; PEREIRA, L.P. <b>Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão Sistemática.</b> Ver Eletron Comun Inf Inov Saúde, v.11, n . 3, 2017.Disponível em: <a href="https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1064">https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1064</a></p>	Permitem analisar os atendimentos dos profissionais da UBS, cadastros de usuários, fluxos, análise de agravos da situação epidemiológica, subsidiando o planejamento das atividades dos gerentes.
• <b>SISREG (Sistema Nacional de Regulação)</b>	<p>É um sistema de gerenciamento e de regulação, que inclui a rede básica até a internação hospitalar. Foi criada com o objetivo de humanizar a oferta de serviços, ter-se maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos.</p> <p><b>Para saber mais:</b> Brasil. Ministério da Saúde. <b>Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde.</b> Editora Ministério da Saúde, Brasília, 2016.</p>	Instrumento importante na relação com os demais serviços da RAS. Como tecnologia recentemente implantada, inicialmente pode gerar sobrecarga de trabalho.

\* A pesquisa seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 510 do CNS, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada (parecer nº 2.630.923/CAAE: 79513617.6.0000.0118).

Os instrumentos gerenciais são vistos como artifícios utilizados para o direcionamento do trabalho e é ponto chave, estratégico, e pode ser utilizado como um modelo para direcionar os indivíduos na execução, adequação e avaliação do cuidado, no

intuito de elevar o nível de qualidade e resolutividade do serviço (OLIVEIRA, et al., 2017). Neste rol de possibilidades, o gerente possui uma gama de instrumentos que podem ser utilizados para aumentar o potencial de qualidade do processo de trabalho (SCHNEIDER, 2019).

Assumir o papel dos Conselhos de Saúde, ouvidorias e reuniões de equipe como instrumentos que possibilitem a reorganização do trabalho, vislumbra uma perspectiva que converge com a cogestão em saúde. Este modelo coloca-se como um dispositivo de redistribuição do poder nas relações e permite a participação política como estratégia de democratização das instituições (PONTE; OLIVEIRA; ÁVILA, 2016).

Já os instrumentos assistenciais, identificados no processo de gestão da assistência à saúde, pressupõem a gestão do cuidado para a garantia do desenvolvimento satisfatório do processo de gerenciamento (SCHNEIDER; 2019). Eles são responsáveis pelo bom andamento do trabalho com vistas à formulação de estratégias, ao permitir a padronização da assistência e a garantia de um padrão de qualidade.

INSTRUMENTOS DE TRABALHO ASSISTENCIAIS		
Aqueles utilizados para viabilizar a assistência na UBS e as ações do cotidiano no atendimento aos usuários, grupos/coletividades.		
INSTRUMENTO	REFERENCIAL TÉCNICO/TEÓRICO	NOTAS DA PESQUISA AÇÃO COM GERENTES (SCHNEIDER, 2019) *
• <b>e-SUS (estratégia e-SUS)</b>	Software que instrumentaliza o processo de trabalho nas UBS e integra as informações de todos os sistemas utilizados. É uma Estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Preocupa-se em qualificar a informação, por esta ser fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. Faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.  Para saber mais acesse o link: <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf</a> .	Importante na geração de informações para assistência prestada pelos membros da equipe. Depende da qualidade dos registros e direciona solicitações do gerente para demais atividades aos profissionais.
• <b>Protocolos</b>	Descrição de uma situação específica de assistência, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões e uniformizando a assistência.  Para saber mais acesse o link: <a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>  <a href="https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002804">https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002804</a>	Expressam o planejamento do trabalho e permitem a padronização da assistência. Há referências aos protocolos municipais e do Ministério da Saúde. Foram apresentados como aliados na normatização, sistematização e otimização do trabalho.
• <b>Matriciamento</b>	Troca de conhecimento entre profissionais e	Compreend

	<p>diversas áreas especializadas de uma equipe interdisciplinar com o objetivo de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações dos profissionais e equipe. É um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.</p> <p>Para saber mais acesse o link: <a href="https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/694-706/">https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/694-706/</a>  <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&amp;script=sci_arttext</a></p>	<p>o como uma ferramenta para a gestão do trabalho, já que contribui na melhoria da resolatividade e amplia as possibilidades de diálogo entre diversas áreas de conhecimento na atenção prestada ao usuário.</p>
<p>• <b>Programa Saúde na Escola</b></p>	<p>Visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde. Objetiva melhorar a qualidade de vida da população, contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.</p> <p>Para saber mais acesse o link: <a href="https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf">https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf</a>  <a href="http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas">http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas</a></p>	<p>Mecanismo utilizado pelas equipes para garantir a saúde do escolar. As equipes planejam todas as ações e os responsáveis pelas atividades propostas. Frequentemente a escola se mostra parceira nas atividades e permite assistência a crianças e adolescente no cenário escolar.</p>
<p>• <b>Telessaúde/Telemedicina</b></p>	<p>Sistemas de integração de ensino e serviço que objetivam melhorar a qualidade do atendimento e da APS, por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover resultados positivos na resolubilidade da APS. Possibilitam o acesso a informação por meio de ações de educação permanente e continuada em saúde aos profissionais, otimização dos recursos dentro do sistema, redução de custos e do tempo de deslocamentos; realização de exames por usuários em áreas de difícil acesso, entre outros.</p> <p>Para saber mais acesse o link: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00155615.pdf">www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00155615.pdf</a>  <a href="https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23401/19064">https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23401/19064</a></p>	<p>Instrumento utilizado como via para educação permanente das equipes. Há dificuldades relacionadas ao acesso (equipamentos insuficientes, às dificuldades com a rede informativa de mídias e à falta de tempo).</p>
<p>• <b>Consulta compartilhada</b></p>	<p>Instrumento de trabalho que se caracteriza pela comunicação transversal entre equipes. São espaços de contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento.</p> <p>Para saber mais acesse o link: <a href="https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042017000500694&amp;script=sci_arttext&amp;lng=pt">https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042017000500694&amp;script=sci_arttext&amp;lng=pt</a></p>	<p>Revela-se um instrumento que qualifica a assistência, como abordagem interdisciplinar dos usuários. Exige tempo e planejamento para a sua realização, especialmente no contexto de elevada demanda assistencial.</p>
<p>• <b>Projeto Terapêutico Singular</b></p>	<p>Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo. Resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial. Trata-se de um movimento de gestão do cuidado entre os envolvidos. É um instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco.</p> <p>Para saber mais acesse o link: <a href="https://fi-">https://fi-</a></p>	<p>Timidamente emergiu como um instrumento de atendimento a um caso específico, mas que carece de incentivo e qualificação para o manejo.</p>

	<a href="http://admin.bvsalud.org/document/view/ya77b">admin.bvsalud.org/document/view/ya77b</a>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Discussão de casos</b></li> </ul>	<p>Conversa em equipe sobre casos clínicos, principalmente os mais complexos. É um espaço de conversa entre os profissionais para construção da clínica. É privilegiada pelo apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. Pode ser um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações. Pode ser beneficiado com a ajuda de roteiros que orientam a conversa entre a equipe.</p> <p>Para saber mais acesse o link:  <a href="http://aps.bvs.br/aps/como-estruturar-um-roteiro-de-discussao-de-casos-para-o-trabalho-integrado-entre-o-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf-e-as-equipes-de-saude-da-familia-esf/">http://aps.bvs.br/aps/como-estruturar-um-roteiro-de-discussao-de-casos-para-o-trabalho-integrado-entre-o-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf-e-as-equipes-de-saude-da-familia-esf/</a></p>	<p>Normalmente realizados em reuniões de equipe ou entre os profissionais envolvidos no cuidado, considerado um recurso importante, pois viabiliza uma maior resolatividade do problema, pelo compartilhamento de informações rapidamente e construção coletiva de plano de cuidados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Matrizes de intervenção</b></li> </ul>	<p>Instrumento utilizado pelas eSF para o levantamento de problemas, análise das causas, objetivo geral, metas, objetivo específico, ação, indicadores de acompanhamento, procedimentos, responsável e prazo. É muito útil quando o objetivo é traçar um plano de ação a ser desenvolvido na equipe.</p> <p>Para saber mais acesse o link:  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf</a></p>	<p>Instrumento norteador muito utilizado pelas equipes. Quase sempre confeccionado em decorrência da avaliação externa do PMAQ.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Processo de Enfermagem</b></li> </ul>	<p>Ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases, com o objetivo de orientar o cuidado profissional de enfermagem, de promover a qualidade no cuidado prestado. Contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência.</p> <p>Para saber mais acesse o link:          Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN. Processo de Enfermagem: Guia para a Prática. [online]. São Paulo; 2015  <a href="http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2298/1871">portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2298/1871</a></p> <p>Curso Telessaúde sobre Consulta de Enfermagem:  <a href="http://moodle.telessaude.ufsc.br/course/info.php?id=179">http://moodle.telessaude.ufsc.br/course/info.php?id=179</a></p>	<p>Instrumento importante de sistematização da assistência de enfermagem, entretanto não realizado na sua integralidade, marcadamente pelo excesso de trabalho.</p>

\* A pesquisa seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 510 do CNS, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada (parecer nº 2.630.923/CAAE: 79513617.6.0000.0118).

Estas maneiras de produzir saúde sugerem um novo modelo organizativo da assistência, como alternativa ao modo tradicional, pois pressupõem a ampliação da clínica e o compartilhamento dos saberes dos profissionais envolvidos na produção da saúde, na direção da cogestão e da interprofissionalidade, conceitos que serão melhor abordados nas Unidades seguintes deste Curso.

INSTRUMENTOS DE TRABALHO COMUNS À GESTÃO E ASSISTÊNCIA		
São instrumentos utilizados tanto nas atividades assistenciais quanto gerenciais.		
INSTRUMENTO	REFERENCIAL TÉCNICO/TEÓRICO	NOTAS DA PESQUISA AÇÃO

		<b>COM GERENTES</b> (SCHNEIDER, 2019) *
• <b>Planejamento em saúde</b>	<p>Planejar é reduzir incertezas. Possui natureza estratégica e é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. A tarefa de planejar exige conhecimento, envolve a definição de metas, estabelecimento de objetivos e planejamento ou programação de ações (BRASIL, 2016). Carlos Matus desenvolveu o Planejamento Estratégico Situacional a partir da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar.</p> <p><b>Para saber mais:</b> <a href="http://www.rc.unesp.br/igce/geografia/pos/downloads/2002/planejamento.pdf">www.rc.unesp.br/igce/geografia/pos/downloads/2002/planejamento.pdf</a></p>	<p>Orienta a assistência e as atividades gerenciais (foi o instrumento mais mencionado pelos participantes da pesquisa).</p> <p>Consideraram que as ações planejadas são mais eficientes.</p>
• <b>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)</b>	<p>O PMAQ - AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas UBS. Após avaliação, é possível o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.</p> <p><b>Para saber mais:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica e Nasf</b>. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2. ed., 2015.</p> <p>Site: <a href="http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php">http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php</a></p>	<p>Surgiu como fomentador da uniformização das condutas no serviço de saúde, além de ser um importante instrumento prático no que se refere à orientação quanto aos objetivos das ações pelas equipes.</p>
• <b>Dados da vigilância epidemiológica</b>	<p>São gerados por meio da alimentação, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Devem ser permanentemente atualizados e reconhecidamente são capazes de melhorar os níveis de saúde da população quando servem de subsídios para que a equipe trace suas ações prioritárias.</p> <p>Para saber mais acesse o link: <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf">bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf</a> (ir para a página 65).</p>	<p>Permitem que os gerentes conheçam e avaliem a ocorrência de doenças na sua área de abrangência, para a partir disso traçarem metas de controle e prevenção dos agravos. Importante na condução do gerenciamento do trabalho das equipes, sinalizando metas para a atuação dos profissionais.</p>

\* A pesquisa seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 510 do CNS, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada (parecer nº 2.630.923/CAAE: 79513617.6.0000.0118).

Para fortalecer os serviços e melhorar o desempenho do sistema de saúde há a necessidade de que os gerentes adquiram a capacidade de coordenar em um ambiente complexo e transformador, o que pressupõe desenvolver habilidades como planejamento, coordenação, monitoramento e habilidades sociais, permitindo, portanto, uma gestão colaborativa e compartilhada (NONHLANHLA, et al.; 2018). O planejamento em saúde pode ser considerado como o principal delineador das ações em saúde e se mostra propício para a mudança no modelo assistencial e para processos de gerência contemporâneos (BRITO; MENDES; NETO, 2018).

Embora sejam programas recentes, o PMAQ-AB/AMAQ contribuem para o

planejamento e para a avaliação em saúde, desde que as equipes os utilizem, pois eles contemplam as principais atribuições do trabalho na APS e permitem avaliações e construções coletivas (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018). Além disso, os processos decisórios, avaliação e melhoria da qualidade, gerenciamento de recursos materiais, seleção e recrutamento de pessoal, educação continuada, supervisão e o desempenho (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016) são instrumentos de trabalho que devem fazer parte da rotina do gerente da ESF, pois são capazes de fomentar a análise e resolução de inúmeros problemas das equipes.

Ainda, a EPS é um instrumento de trabalho importante no dia-a-dia das equipes de saúde, diante da demonstração da necessidade e importância destas atividades frente à prática diária. Estudos demonstraram que as ações de EPS surgem a partir da identificação da problematização do processo de trabalho, além de ser uma estratégia de gestão no SUS e se configura como um instrumento de trabalho diário e fator motivador das práticas profissionais (ROSSETI, 2019). Desenvolver ações de EPS pressupõe a transformação do cotidiano do trabalho.

Há a necessidade de prever a indissociabilidade entre a educação em saúde e o trabalho em saúde, sendo que a produção de um depende do outro. As visões gerenciais quase que totalitárias, de que a competência dos profissionais pode ser corrigida por cursos e capacitações, justifica a baixa eficácia e baixa adesão que as ações em educação em saúde possuem. Nesta lógica, os gestores programam cursos cansativos que não promovem efeitos positivos e mudanças efetivas nas práticas dos profissionais (MERHY, 2005).

Corroborando, um estudo realizado com coordenadores de Centros de Saúde, apontou nos discursos dos profissionais, que existe uma falta de interesse e motivação em adquirir novos conhecimentos, percebendo que a permanência dentro das unidades de saúde é cômoda a eles. Por isso, as iniciativas de EPS devem atender às novas dimensões do fazer em saúde, desvirtuando as ações centradas apenas do processo de adoecer (VENDRUSCOLO et al., 2015).

**Destaque:** Diante do eminente protagonismo dos envolvidos no processo de trabalho em saúde e de EPS, emergem as considerações de Campos (2013) acerca da reorganização do trabalho. A sua proposição da cogestão como instrumento de trabalho vislumbra um caminho para a democratização e para a progressiva desalienação dos trabalhadores, uma vez que a cogestão se configura em um método para alterar o modo de gestão das instituições, em que a disponibilidade do tempo de trabalho na discussão coletiva e democrática sobre a instituição é compreendida como muito produtiva para a organização (CAMPOS, 2013) e central para a

organização das atividades.

Por meio da coparticipação de sujeitos com interesses e inserções sociais distintos, a cogestão incentiva a participação de todos na gestão da organização e dos processos de trabalho, ou seja, pressupõe uma articulação de saberes e práticas de diversas áreas (CAMPOS, et al., 2014). Nesta lógica, nos próximos tópicos, abordaremos a cogestão ou gestão participativa, como espaços e mecanismos de gestão coletiva e o Método Paidéia (apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada e compartilhada).

Ainda, mudanças recentes sinalizam novas formas de se produzir saúde. Propõe-se possibilidades de práticas mais colaborativas, capazes de produzir impacto positivo no resultado assistencial, tais como a criação do SUS, os amplos investimentos na APS, formação de equipes com atuação interdisciplinar e estímulos às mudanças na formação. Estas estratégias se mostram reestruturantes do modelo assistencial e as experiências evidenciam diluição de um modelo assistencial tradicional e a valorização das práticas dos diversos profissionais de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Nesse aspecto, a aprendizagem significativa pressupõe um modelo de aprendizagem no qual o indivíduo amplia seu conhecimento por meio da assimilação de novos conceitos com os pré-existentes. A aprendizagem se dá por meio de ancoragem, no qual a informação anterior se ancora às novas informações e assim, expande sua estrutura cognitiva (CARVALHO et al., 2015).

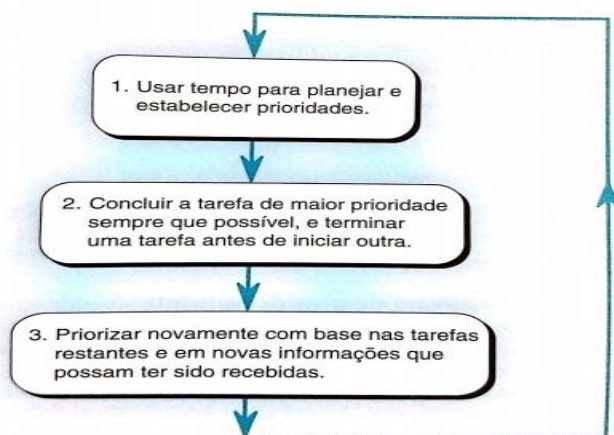
Exigências técnicas e teóricas nos processos de gerenciamento são habilidades requisitadas aos gerentes das UBS, que estão à frente da resolução da ampla variedade de necessidades apresentadas pela população. Estes profissionais frequentemente, são vistos pela comunidade e gestores municipais como representantes da área de abrangência onde atuam e como figuras de referência aos assuntos relacionados à saúde (FISCHER et al., 2014). Assim, o gerente está intimamente vinculado aos conceitos de processo de trabalho e de planejamento, sendo atravessadas pelas concepções de cuidado com os usuários, famílias e comunidade (CALVO et al., 2013).

Para atingir o objetivo da saúde para todos, a maioria dos sistemas de saúde terão que passar por mudanças profundas, que deverão alcançar o contexto de cuidados primários. Essas transformações deverão levar em conta suas próprias características e possibilidades (DAVINI, 1995). No entanto, existem medidas de alcance universal que viabilizam estas transformações, como por exemplo, o desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Neste contexto, surge a necessidade de desenvolver ações de EPS, no intuito de melhorar os serviços e promover o desenvolvimento do pessoal de saúde (DAVINI, 1995).

**Saiba mais sobre gestão do trabalho em unidades básicas de saúde:**

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11914/14403>

Figura 1: Três etapas básicas do gerenciamento (MARQUIS, HUSTON, 2015).



Pense nisso:

- Quais instrumentos de trabalho você utiliza no seu cotidiano?
- Quais instrumentos listados aqui poderiam contribuir com seu trabalho como gerente?
- Que contribuições a cogestão pode trazer para o seu trabalho e da sua equipe?

Neste link (em inglês) você poderá avaliar como anda a sua capacidade de decisão: [https://www.mindtools.com/pages/article/newTED\\_79.htm](https://www.mindtools.com/pages/article/newTED_79.htm). Ao final, clique para calcular seu escore e interpretá-lo.

#### **1.4 Gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS: outras reflexões importantes**

Segundo Franco e Merhy (2007) o grande desafio para a compreensão dos modos de produção do cuidado é analisar os processos produtivos dos serviços de saúde, as relações de trabalho dos profissionais com os usuários, consigo mesmo e com os processos organizativos institucionais. O trabalho não é uma categoria isolada no contexto produtivo e relacional, ele se constrói na realidade, a partir da ação dinâmica dos sujeitos no processo de produção do cuidado.

O gerenciamento é um campo de conhecimento e práticas, que se aprimoram continuamente, diante de situações peculiares, típicas do atendimento à demanda dos diferentes níveis assistenciais. Neste âmbito, o gerenciamento de recursos materiais tem sido um desafio para os gestores em saúde considerando a gama de avanços tecnológicos que tem que impulsionado o aumento da constante complexidade assistencial. Isto impõe aos gestores a necessidade de aprimorar os sistemas de gerenciamento destes recursos, no intuito de garantir os recursos em qualidade e quantidade, assegurando uma assistência contínua, sem riscos para profissionais e usuários, a um menor custo possível (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016).

A gestão dos serviços de saúde tem a responsabilidade pelo bom funcionamento das organizações e para tanto há o desafio de estabelecer a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os objetivos gerenciais. Consiste em uma prática administrativa com o objetivo de otimizar o funcionamento das instituições de saúde, para obter alto grau de eficiência<sup>30</sup>, eficácia<sup>31</sup> e efetividade<sup>32</sup> (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Os desafios do gerenciamento de recursos incluem questões relacionadas às regras competitivas de mercado, orçamentos restritos, controle de consumo e de custos, grande diversidade e quantidade de materiais. Exigem do gestor o conhecimento de uma vasta gama de materiais disponíveis para o trabalho. O gasto com estes recursos tem representado uma parcela importante do orçamento das organizações, tanto para a compra, quanto para o custeio de recursos humanos para este trabalho (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016).

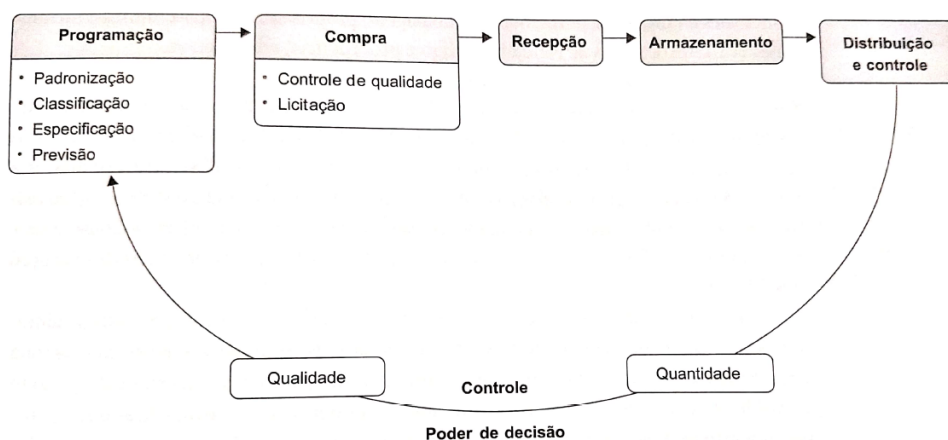
A administração de recursos materiais envolve a *“totalidade dos fluxos de materiais da empresa, desde a programação de materiais, compras, recepção, armazenamento no almoxarifado, movimentação de materiais, transporte interno e armazenamento no depósito de produtos acabados”* (CHIAVENATO, 1991, p.35)

---

<sup>30</sup> Capacidade de obter a maior melhoria da saúde ao menor custo (DONABEDIAN, 1990).

<sup>31</sup> Capacidade de cuidar, no seu melhor, nas condições mais favoráveis (DONABEDIAN, 1990).

<sup>32</sup> Grau em que as melhorias de saúde atingíveis são realizadas, nas condições usuais do cotidiano (DONABEDIAN, 1990).

**Figura 2:** Fluxo das principais atividades do gerenciamento da cadeia logística.

Fonte: Castilho; Mira; Lima, 2016.

A figura acima representa o fluxo dos materiais, desde a sua programação, até a distribuição, o que chamamos de logística. Esta etapa consiste na determinação de produtos específicos para procedimentos específicos e o objetivo é diminuir a diversidade desnecessária e normatizar o uso de itens similares.

Na etapa da classificação, os materiais são destinados por finalidade (medicamentos, materiais médico-hospitalares, escritório, informática, higiene, entre outros). A padronização dos materiais é essencial (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016). Enquanto profissionais de APS, pergunta-se: então, por que motivo ainda faltam instrumentos para o trabalho?

A literatura sinaliza algumas causas:

<b>Causas estruturais</b>	<b>Causas organizacionais</b>	<b>Causas individuais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de prioridade política: baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade, etc.</li> <li>- Cargos políticos: diretores incompetentes, fixação de prioridades</li> <li>- Pouca participação social, favorecimentos, etc.</li> <li>- Entraves burocráticos.</li> <li>- Centralização excessiva.</li> <li>- Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decorrem, em geral, das descritas anteriormente.</li> <li>- Falta de objetivos: quando os objetivos não estão claros. Cada unidade cria seu próprio sistema de referência.</li> <li>- Falta de capacitação e de atualização do pessoal.</li> <li>- Falta de recursos financeiros.</li> <li>- Falta de controles.</li> <li>- Corrupção.</li> <li>- Falta de planejamento.</li> <li>- Rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em parte, também derivam das anteriores.</li> <li>- Diretores improvisados: inseguros ou incapazes de inovar, sem condições de manter um diálogo adequado com a área fim.</li> <li>- Funcionários desmotivados e/ou despreparado: sem compromisso com a instituição.</li> </ul>

Fonte: Neto; Filho, 1998.

O assessoramento de profissionais da área da saúde, como enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, dentre outras, é fundamental no processo de gerenciamento de recursos materiais, visto a complexidade e diversidade de materiais usados na área (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016). Normalmente, o que se identifica nas organizações é que a responsabilidade pela compra cabe à gerência dos serviços e que o setor responsável pela compra não envolve profissionais técnicos no processo.

No cenário atual, os gerentes precisam adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades não somente no gerenciamento dos recursos materiais, bem como no gerenciamento das pessoas frente aos processos de trabalho. Este perfil é resultado da mudança dos modelos de gestão, buscados por gerentes que almejam qualidade no serviço a um menor custo possível, no intuito de desenvolver o bom andamento das atividades de assistência à população (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016; YAMAUCHI, 2009).

Isto tem levado os gerentes a modificar suas formas de administrar, e transformar as formas, por vezes burocratizadas e hierarquizadas, em maneiras mais flexíveis de coordenar o processo de trabalho. As realidades organizacionais enfrentam o desafio do aumento da expectativa para atender às necessidades dos diversos indivíduos, transformando a maneira de se gerenciar recursos e sobretudo as pessoas (SOUZA, et al., 2010).

**Destaque:** a ideia de que o sucesso de uma instituição depende de seus líderes está consolidada. Os líderes são capazes de alavancar projetos, melhorar os processos de trabalho, estimular e influenciar as pessoas por meio da sua atuação (ALVES, 2009). Na APS a gestão de pessoas é a essência da capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponibilizada no atendimento das necessidades da população (MAEDA, et al., 2011). Neste sentido, perfis de gerenciamento caracterizados por flexibilidade e adaptabilidade são sempre desejáveis, em virtude das mudanças frequentes por que passam as organizações.

A ESF possui um modelo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no qual os profissionais se configuram como potenciais transformadores do trabalho do ambiente de saúde em que estão inseridos. Operam em uma perspectiva de que, para serem organizações bem-sucedidas, devem ser capazes de efetuar mudanças para se adaptar às dificuldades, com características como agilidade, oferta suficiente de serviços, processos de trabalho simples e inovadores, sobretudo, necessitam concentrar esforços em possuir uma força de trabalho flexível, com capacidade rápida de adaptação às necessidades que surgem no dia-a-dia (SOUZA, et al., 2010).

Não é suficiente dispor do melhor espaço físico, dos melhores equipamentos, dos modelos de gestão mais contemporâneos, se estes não forem sustentados por uma gestão de pessoas capacitadas e comprometidas com o trabalho (ALVES, 2009). Há um consenso entre os gestores sobre as fragilidades do setor saúde: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, demora na incorporação de tecnologias de informação, de processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, existem as barreiras relacionadas à legislação que atrapalham a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores em função de questões política, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI, et al., 2014).

A gestão das pessoas deve concentrar esforços no sentido de que todos os envolvidos nas atividades de saúde sejam estimulados a assumir papel de agentes de mudanças e estejam verdadeiramente comprometidos e engajados nas ações de saúde propostas pela equipe. Desta forma, apesar de ser importante a compreensão dos papéis que cada um desempenha na equipe, convém salientar que isto não deve ser rígido.

**Destaque:** no dia-a-dia, o gestor deve estar preparado para lidar com as diferenças entre os profissionais e sobretudo ter habilidade e flexibilidade em alinhar as escolhas de cada membro da equipe com as políticas e necessidades organizacionais. A aceitação das diferenças entre as pessoas é uma das principais barreiras para os gerentes de equipes, pois

pode impedir formas saudáveis de interação entre as pessoas (SOUZA et al, 2010).

Para ajudar na motivação dos profissionais é oportuno que a gerência desenvolva ações formativas contínuas, estratégias de desenvolvimento de competências, controle e avaliação das atividades e criação de fluxos que tragam conforto aos profissionais e que não engessem os processos de trabalho.

Para ajudar a enfrentar os desafios na gestão de pessoas, o gerente pode utilizar estratégias, entre elas: melhorar a forma de seleção das pessoas, ajudar os trabalhadores a aprimorar seu desempenho e diminuir a rotatividade dos profissionais. Contudo, cada situação é delineada de maneira singular, de acordo com o perfil do gestor, missão e os objetivos da instituição. Entretanto, quando o gestor tem o objetivo de melhorar o desempenho da força de trabalho de saúde, ele inicialmente precisa se concentrar no pessoal que já faz parte do serviço (OMS, 2006).

Além disso, o aprendizado contínuo deve ser incutido no local de trabalho, o que pode incluir capacitações curtas, que instrumentalizem os profissionais a criar soluções simples e eficazes para aumentar o desempenho. Assim, a criação de ambientes de trabalho que propiciem o desenvolvimento dos profissionais é uma competência gerencial crucial para a efetividade organizacional. Nesta linha, sabe-se que gratidão e lealdade produzem aumento da produtividade da equipe. Entretanto, produzem efeitos melhores se forem sentimentos expressados sem vínculos com os resultados e sim, apenas como reconhecimento por simplesmente fazerem parte da equipe e cumprirem seu trabalho (SOUZA et al, 2010).

### **Para saber mais:**

#### **Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários**

Acesse no link: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/741-752/pt/>

#### **O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão**

Acesse no link: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>

#### **Trabalhando juntos pela saúde (Relatório Mundial de Saúde 2006).**

Acesse no link: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i\\_capa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_capa.pdf)

*“Basicamente, a Gestão significa influenciar a ação. Gestão é sobre ajudar as organizações e as unidades fazerem o que tem que ser feito, o que significa ação.”*

*(Henry Mintzberg)*

## UNIDADE DE APRENDIZAGEM 2

### 2 INSTRUMENTOS QUE ARTICULAM A GESTÃO E O CUIDADO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988, foi estruturado com base nos princípios de universalidade e igualdade de direitos, rompendo com o caráter meritocrático que predominava na assistência à saúde no país, estabelecendo-se o regime democrático. Nesse contexto, a organização da saúde pública do Brasil sofreu profundas transformações, visto que a Constituição defende a implementação do estado de bem-estar social, na qual a saúde é um direito de cidadania, devendo ser universal e igualitário em todo território nacional (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Enquanto gestor e trabalhador na área da saúde, você já deve ter observado que o modelo de atenção à saúde pública vigente, centrado no cuidado curativista e estruturado a partir de ações e serviços de saúde com base na demanda espontânea, tem se mostrado pouco resolutivo e insustentável diante dos desafios sanitários atuais.

Isso ocorre, principalmente devido à alguns fatores como: diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população, fragmentação na organização da atenção, das práticas clínicas e da gestão do SUS, mudança no perfil epidemiológico da população com o aumento das doenças crônicas, a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição e as condições agudas (BRASIL, 2010).

Nessa direção, é necessário transformar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de modo a produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Uma possibilidade emerge com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) definidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (2010, p. 31) como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.

**Para refletir: Você e sua equipe já estão familiarizados com o conceito sobre as Redes de Atenção à Saúde? Existe alguma instituída na sua região? Para se aprofundar, consulte o material de apoio nos links a seguir:**

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

REDE HUMANIZASUS: Espaço de ajuda mútua, divulgação e partilha de experiências, fomento as RAS. Acesse: <http://redehumanizasus.net/acervo-digital-de-humanizacao/>.

**Você ainda pode verificar junto às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde sobre as redes pactuadas para a sua região.**

Para seu funcionamento, as redes requerem alguns atributos (MENDES, 2015):

- A população/território definida, com conhecimento de suas necessidades a fim de definir o perfil de oferta das redes;
- Que incluam intervenções no âmbito da promoção da saúde, de prevenção das doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- Atenção centrada no indivíduo, família e comunidade;
- Que tenha como porta de entrada e ordenadora da rede a APS;
- Gestão integrada da clínica;
- Recursos humanos suficientes e comprometidos;
- Financiamento adequado e ação intersetorial ampla.

Em virtude disso, Mendes (2011) apresenta que nas RAS a concepção de **hierarquia** é substituída pela de **poliarquia** e o sistema de atenção à saúde organiza-se sob a forma de uma rede horizontal, também denominada como Linhas de Cuidado (LC), entre os pontos de atenção apresentando distintas densidades tecnológicas, sem ordem ou grau de importância entre eles (FRANCO; FRANCO, 2015).

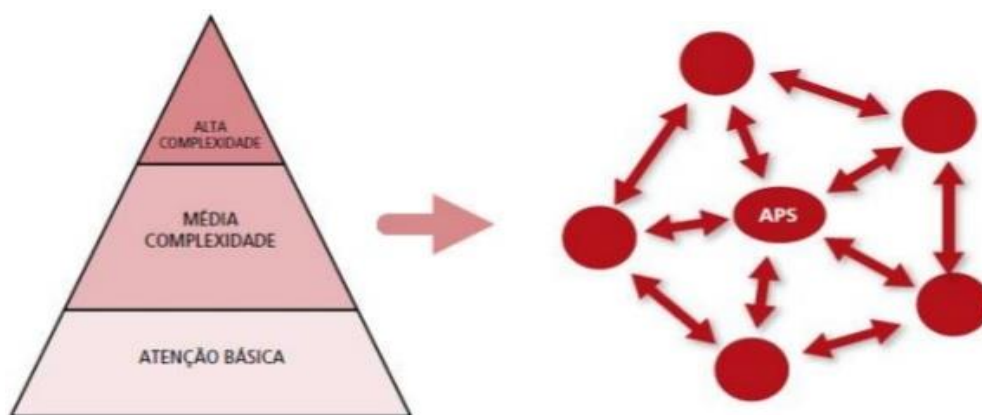
Conceitos de acordo com Mendes (2011):

- Hierarquia: na visão de uma estrutura hierárquica existem diferentes níveis de “complexidade” crescentes, e com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis. Essa visão sugere, por exemplo, que a Atenção Primária a Saúde seja menos complexa do que a Atenção Secundária ou Terciária, o que é um pensamento equivocado para um sistema democrático.

- Poliarquia: nesse tipo de arranjo organizacional, os diferentes níveis de atenção se relacionam de modo democrático, sendo entendido que todos possuem o mesmo grau de complexidade e importância no sistema.

**Saiba mais:** Para saber mais sobre as Linhas de cuidado, leia o texto “LINHAS DO CUIDADO INTEGRAL: uma proposta de organização da rede de atenção” de Camilla Maia Franco e Túlio Batista Franco, disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf).

As LC incorporam a lógica do que era, até então, denominado de “referência e contrarreferência”, com o diferencial de não funcionarem apenas por protocolos estabelecidos, mas também, mediante fluxos pactuados entre os gestores com vistas a facilitar o acesso do usuário às suas necessidades. Essa organização fortalece a coordenação do cuidado integral e contínuo. A singularidade que a RAS apresenta é de ter em seu centro de comunicação a APS, passando da lógica hierárquica para a lógica poliárquica, como mostra a figura a seguir:



Fonte: Mendes, 2011.

A efetividade das RAS já conta com evidências no Brasil e no mundo. Há, no entanto, um grande desafio que ainda precisa ser superado, o qual remete ao modo de organização e funcionamento das RAS. A mudança no arranjo organizacional do sistema por si só não é suficiente, é preciso que haja uma profunda transformação das relações e dos processos de trabalho dos atores que constituem esse sistema (importante incluir referência das evidências citadas).

O aumento da expectativa de vida da população reflete diretamente na elevação da incidência e prevalência das condições crônicas em saúde, e o sucesso no manejo dessas condições requer da instituição uma nova clínica, considerando os princípios da integralidade

e longitudinalidade, com modificações nas interações produtivas entre equipes e profissionais de saúde (MENDES, 2011).

Nesse sentido, são aliados importantes e facilitadores das mudanças ações como atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, realizada por equipe multiprofissional, seja individual ou em grupo, e que promova o autocuidado e a prevenção, baseada na APS. Esse novo olhar reposiciona os indivíduos nas relações com os profissionais de saúde, à medida que deixam de ser pacientes para se tornarem os principais produtores sociais de sua saúde (OPAS, 2015).

Porém, como já citamos anteriormente, há de se considerar a necessidade de mudanças na gestão e nos processos de trabalho, de modo que se institucionalize um novo jeito de “produzir saúde”. Embora o SUS já abarque esse conceito de gestão participativa, o mesmo restringe-se, por vezes, a ideia do controle social dos usuários e dos trabalhadores sobre o Estado. O conceito de controle social e de fiscalização precisa ser ampliado para o cotidiano das relações trabalhadores/usuários, gestor/equipe, gestor/usuários, moldando um novo paradigma, que garanta certo grau de autonomia ao trabalhador contrastado com certo grau de controle também sobre o trabalhador: controle da lei, de valores, do direito à saúde, da gratuidade do SUS, e mesmo de diretrizes de modelo, atenção básica, o vínculo, a horizontalidade, a coordenação de caso, adaptado e recriado para cada contexto situacional (CAMPOS et al., 2014; RIGHI, 2014).

**Destaque: Esse horizonte imprime a necessidade de desenvolver a criticidade ao modelo de atenção à saúde vigente, que considera a relação verticalizada e hierárquica, que engessa os sujeitos e torna as relações pouco dinâmicas.**

Campos et al (2014) defendem a instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato, incluindo a sociedade civil na gestão e no compartilhamento do poder com as equipes de trabalho. Além disso, buscam melhorar os processos comunicativos, buscar estratégias de integração, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, de sistemas informatizados que possibilitem a gestão destes processos e fluxos, ampliando o conhecimento da RAS e seus diferentes pontos de atenção (RODRIGUES et al., 2014). Essas medidas visam reduzir o desgaste e a ineficiência do sistema, assim como o agir solitário dos profissionais.

Os próximos conteúdos levarão você a conhecer ou, caso já conheça, revisar alguns conceitos fundamentais, quando se aborda a gestão na saúde, e que são imprescindíveis para

um bom exercício da gestão. É um tema desafiador e ao mesmo tempo instigante, que requer o desenvolvimento de habilidades em lidar com situações imprevisíveis e problemas complexos, nos quais saber gerir recursos humanos e financeiros é premissa básica para obter sucesso.

### 2.1 Cogestão ou gestão participativa: espaços e mecanismos de gestão coletiva

A partir de agora, abordaremos, em especial, sobre os instrumentos e mecanismos que articulam gestão e cuidado em saúde. Certamente, ocupar um cargo de gestor na saúde é complexo e, para tanto, é necessário estar preparado pessoal e profissionalmente, a fim de enfrentar obstáculos e abarcar responsabilidades, o que, muitas das vezes, implica fazer escolhas. A principal delas é sobre o tipo de gestão em saúde almejado, pois muitas vezes, ao se inserir nesse meio, o gestor pode, por inexperiência, continuar a fazer o que já vinha sendo feito, tendo assim poucos avanços. Por outro lado, o que se espera de um bom gestor é que ele possa inovar, com base em informações e conhecimento, e construir novos rumos para a saúde.

Nesse contexto, destaca-se o conceito de **cogestão**, em referência ao modo de administrar e fazer a gestão do SUS, que se transformou em um processo mais dinâmico e de compartilhamento das responsabilidades de poder, até então centradas na figura do Secretário de Saúde. Expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL, 2015).

Campos et al. (2014) defende uma reflexão profunda sobre a sociedade e propõe agir na contramão de forças hegemônicas, desvelando novos fluxos de poder, o que implica formação de sujeitos com capacidade de analisar e intervir no campo do trabalho, superando a hegemonia gerencial. Essa proposta, também denominada **Método da Roda ou Método Paidéia**, é a fundamentação de um novo modo de fazer a cogestão de instituições.

O modelo de cogestão objetiva a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população por meio da formação de coletivos organizados. Incentiva a participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho, ou seja, pressupõe uma articulação de saberes e práticas de diversas áreas. Sugere a coparticipação de sujeitos com interesses e inserções sociais diferentes em todas as etapas do processo de gestão, a saber (CAMPOS et al., 2014):

- definição de objetivos e de diretrizes,
- diagnóstico,
- interpretação de informações,
- tomada de decisão e
- avaliação de resultados.



Fonte: Google imagens, 2019.

Nessa perspectiva, institui-se em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), que assume o método da cogestão a partir de suas diretrizes (BRASIL, 2015):

- acolhimento,
- gestão participativa e cogestão,
- ambiência,
- clínica ampliada e compartilhada,
- valorização do trabalhador e
- defesa dos direitos dos usuários.

**Saiba mais:** acesse as cartilhas da PNH sobre cada uma dessas diretrizes para saber mais sobre elas: [http://redehumanizaus.net/categorias/publicacoes-da-pnh/#/?view\\_mode=masonry&perpage=12&paged=1&order=DESC&orderby=date&fetch\\_only=thumbnail%2Ccreation\\_date%2Cauthor\\_name%2Ctitle%2Cdescription&fetch\\_only\\_met](http://redehumanizaus.net/categorias/publicacoes-da-pnh/#/?view_mode=masonry&perpage=12&paged=1&order=DESC&orderby=date&fetch_only=thumbnail%2Ccreation_date%2Cauthor_name%2Ctitle%2Cdescription&fetch_only_met)

[a=&taxquery%5B0%5D%5Btaxonomy%5D=tnc\\_tax\\_117192&taxquery%5B0%5D%5Bterms%5D%5B0%5D=36316&taxquery%5B0%5D%5Bcompare%5D=IN](#)

A PNH valoriza a gestão participativa sob diferentes arranjos que estimulem a produção de coletivos organizados, que podem tomara forma de equipes de trabalho, conselhos de cogestão, assembléias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção. Independentemente da forma adotada, devem ser ambientes destinados à escuta, circulação de informações, elaboração e tomada de decisões, onde se possa analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeito (PONTE, OLIVEIRA, AVILA; 2016).

Outros importantes dispositivos de participação social são os conselhos de saúde, em esfera municipal, estadual e nacional, que existem para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS. Ancoram-se na paridade, ou seja, contam com representação de profissionais da saúde, membros da comunidade e outras categorias, com encontros mensais. Já as conferências de saúde são espaços democráticos que manifestam, orientam e decidem sobre ações na saúde. Em sua composição, representantes da sociedade, governo, profissionais da saúde, prestadores de serviço e parlamentares. A participação da comunidade na gestão do SUS foi uma importante conquista na estruturação deste Sistema e, por isso, não podemos abrir mão dela!

**Destaque:** Observa-se, portanto, que, de forma isolada, um profissional não tem conhecimentos e experiências suficientes para compreender todos os elementos que envolvem um trabalho de qualidade. Assim, no trabalho em equipe, os profissionais somam suas habilidades, conhecimentos, experiências e talentos e buscam soluções mais efetivas e permanentes para o trabalho em saúde. Nessa direção, a interação entre as equipes produz resultados mais significativos para todos os envolvidos no processo de cuidar, em especial para os usuários.

Propomos um exercício a seguir, que pode ajudar você a mapear o perfil de profissionais que atuam na instituição, bem como conhecer um pouco sobre o perfil de cada um, facilitando o trabalho em equipe.

**Para refletir:**

**Sobre a organização do processo de trabalho na sua instituição:**

- I. Existe espaço para diálogo entre as equipes?**
- II. Existe integração entre as equipes de gestão e as equipes que fazem a prestação direta do cuidado?**

### **III. Como você exerce a gestão participativa e da cogestão em seu espaço de trabalho?**

Como exercício, desafiamos você a visitar outros setores na instituição em que atua para conhecer um pouco do processo de trabalho e convidá-los para uma roda de conversa com o objetivo de promover a interação entre os profissionais e trazer para o diálogo os pontos que considera como “nós críticos” no seu cotidiano laboral.

**Saiba mais:** Indicamos o vídeo a seguir, da Rede Humaniza SUS, onde você conhecerá exemplos de experiências de gestão participativa, em diferentes contextos brasileiros: <https://www.youtube.com/watch?v=CygobCIwKIU&feature=youtu.be>. Vale a pena assistir, aprender e ver como é possível o trabalho por meio da gestão participativa!

### **2.2 Método Paidéia: apoio institucional, apoio matricial, Clínica Ampliada e Compartilhada.**

Acredita-se que a efetividade das redes ainda não está consolidada e depende da articulação e interlocução entre os diferentes pontos de apoio e entre os sujeitos que a constituem. Esse é, sem dúvida, um dos maiores obstáculos para a efetivação desse modelo.

A pesquisa realizada por Rodrigues e colaboradores em 2014, identificou como maior fragilidade nos processos de integração e coordenação nas redes a ineficácia da comunicação instituída entre os sujeitos, e consequentemente, entre os pontos que a integram. Somam-se a isso, carências de sistemas informatizados que auxiliem na gestão dos fluxos, trabalho com ações isoladas que não repercutem ao nível macro, falta de apoio logístico e de infraestrutura.

Diante do exposto, Campos et al. (2014) apresentam como estratégia para superação de tais desafios, a adoção do **Método Paidéia ou Método da Roda**. Elaborado a partir de conceitos que orientavam a organização social na antiga Grécia, essa estratégia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. Também favorece a formação de coletivos organizados nas instituições e a democratização da gestão, além de incentivar a participação dos sujeitos na organização e de seus processos de trabalho. O efeito Paidéia seria o processo subjetivo e social no qual as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas e de contextos, aumentando a capacidade de agir (PONTE, OLIVEIRA, AVILA; 2016).

De acordo com Campos, o método da roda realiza-se sob a forma de Apoio e este pode ser utilizado:

- I. Na gestão, visando à cogestão de organizações e à democratização das relações nas instituições e sistemas sociais (**Apoio Institucional**);
- II. Também pode ser empregado para empreender a cogestão de relações interprofissionais (**Apoio Matricial**);
- III. Na relação clínica (**clínica compartilhada entre equipe e usuários**).

Dessa maneira, o apoio é uma metodologia para mudança que valoriza principalmente a experiência, o conhecimento dos usuários, dos trabalhadores e o contexto em que se encontram. Parte-se da premissa que ninguém é dono da verdade, mas sim, que há o apoio, que corresponde às formas como os sujeitos resistem, como fazem alianças e se articulam, que reflete na capacidade de mudar e democratizar o poder. Essa concepção precisa ser incorporada na clínica, no serviço de saúde onde efetivamente ocorrem as práticas, e não só no nível central, nas conferências, que é uma dimensão, por vezes, muito distante da realidade do trabalhador e usuário. Isso porque, o apoio está impregnado de subjetividade, do afeto, das emoções, sendo necessário, dessa forma, provocar mudança nas pessoas e nas relações, ampliando a capacidade de reflexão e de intervenção das pessoas (RIGHI, 2014; CAMPOS et al., 2014).

O **apoio institucional** se refere a função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, promovendo a autonomia dos sujeitos e a democracia institucional. Dessa maneira, é fundamental que o gestor esteja envolvido em movimentos coletivos, observando processos e buscando novos modos de operar a gestão. Assim, torna-se responsável pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

O **apoio matricial e a equipe de referência** são tanto arranjos organizacionais, como uma metodologia para fazer algo. Foram imaginadas e experimentadas como forma para se operar em redes, busca levar a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais e pensar modos de se lidar com esses processos interdisciplinares na saúde (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Em resumo, procura constituir equipes multiprofissionais para o enfrentamento de problemas sem, contudo, perder a lógica de responsabilização e compromisso com a produção de saúde (CAMPOS et al., 2014). É com essa lógica que operam as equipes Saúde da Família (eSF), responsáveis por uma clientela adscrita de determinado território.

É relevante mencionar que, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo Ampliado

de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pautado no referencial de apoio matricial e que vem suprir a dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, educativo, para as equipes de referência. No entanto, para que essa equipe multiprofissional tenha êxito em suas ações, atuando de maneira interprofissional, precisam lançar mão de tecnologias como a **clínica ampliada e compartilhada**, método que se baseia na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. Trata-se de uma prática centrada em condutas menos prescritiva e mais negociadas, sem desconsiderar os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências (CAMPOS et al., 2014). Contribui para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, observando especialmente, um enfrentamento pleno e de modo integral.

A seguir apresentaremos algumas dessas tecnologias que têm potencial de facilitar a operacionalização desses conceitos:

- **O Projeto Terapêutico Singular (PTS)** no qual ocorre a discussão de caso em equipe, de forma interdisciplinar o que favorece a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões;
- **Estudos de caso e consultas compartilhadas**, entre profissionais da eSF ou com o Nasf-AB;
- A prática de **visitas domiciliares interdisciplinares** a usuários e familiares, uma ou duas vezes por semana,
- A construção de **protocolos ou diretrizes clínicas** sempre buscando sua construção dialógica, uma vez que a possibilidade da realização de uma clínica ampliada depende da construção de vínculo entre profissional e usuário (CAMPOS et al., 2014).

#### **Para saber mais:**

Acesse os links e leia os artigos: “Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores” e “Formação Paidéia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática”.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=en&nrm=iso).

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000805002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805002&lng=pt&nrm=iso).

**Projeto Terapêutico Singular:** um exemplo prático ocorrido em Goiás. Acesse o

link: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/6o-apresentacao-projeto-terapeutico-singular-nasf-paula-sms.silvania.pdf>

### **2.3 Interprofissionalidade e acolhimento como tecnologias para o trabalho colaborativo na APS**

Conforme estudamos na Unidade 1, a APS é considerada o principal mecanismo de reorganização do sistema de saúde, e no Brasil é representada em especial pela ESF, estratégia que detém o desafio de romper com a fragmentação da assistência à saúde para um cuidado baseado na família e sociedade, por meio de uma **atenção interdisciplinar e atuação interprofissional**. Mas o que exatamente significam esses termos? Como implementá-los no cotidiano da nossa prática profissional?

O debate acerca do trabalho interprofissional e da necessidade de se fazer uma distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade é um crescente no contexto da saúde brasileira (NÓBREGA DE FARIAS et al., 2018).

**A interprofissionalidade** corresponde à prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a educação interprofissional (EIP) acontece quando estudantes ou profissionais de duas ou mais profissões ou, como nos sugere Campos et al. (2014), com diferentes núcleos de saber, aprendem com os demais e sobre os demais e entre si, a fim de melhorar a colaboração eficaz e os resultados na saúde. A EIP pode acontecer em processos de graduação, pós graduação e educação permanente e, nesse sentido, pressupõe a integração ensino-serviço.

Já **a prática colaborativa** ocorre quando vários profissionais, com diferentes núcleos de saber, operam com usuários, famílias e cuidadores, a fim de prestar assistência de qualidade (WHO, 2010).

#### **Para refletir:**

Na sua prática diária, você recebe estudantes e professores na UBS ou em outro setor no qual atua? Como é sua relação com eles? Há construção de conhecimento coletivo e essa colaboração tem contribuído para a mudança e qualificação do trabalho?

A reunião de equipe é um espaço educativo, de troca e atuação colaborativa? Há estudos de caso? Você desenvolve PTS ou consultas compartilhadas com a equipe?

A consequência possível dessa prática de “integrar”, baseada no respeito, na negociação e na construção coletiva, é a superação da fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde, o que tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção, pois amplia e melhora a comunicação entre os profissionais, provocando um entendimento das contribuições específicas de cada profissional (PEDUZZI et al., 2013).

No que se refere a atuação interdisciplinar nas equipes de saúde, pode se observar a necessidade da construção do conhecimento, com aquisição de competências, interação e articulação entre as diversas disciplinas, com dinamismo e **diálogo** para resolução dos problemas, com ações integrais e de fato resolutivas (NÓBREGA FARIAS et al., 2018). A partir desses conceitos, destacamos que um dos primeiros passos no trabalho em equipe é acordar os objetivos em comum, e para isso é fundamental haver **diálogo** e a troca de informações, pois a comunicação facilita a cooperação necessária para a interprofissionalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010) outros mecanismos são necessários para desenvolver interprofissionalidade nas equipes de saúde e dizem respeito à estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos, processos para tomada de decisões compartilhada e que, em sua maioria, são disparadas pelos gestores desses serviços ou, no mínimo, incentivadas por este.

**Destaque:** Você já percebeu que esse é um tema complexo, não é? Principalmente porque para o trabalho em equipe acontecer e ter sucesso, você precisa motivar os profissionais a participar, e isso, muitas vezes requer inúmeras tentativas, mudança de rotina e até mesmo, mudança no perfil do profissional para que o mesmo se torne proativo no processo.

**Então, por onde começar?**

**Nossa primeira sugestão é também um desafio para você gestor: que tal iniciar pensando em um momento de encontro com os profissionais para propor espaço de troca de experiências e conhecimentos. Construa um roteiro para planejamento da equipe, no qual sejam estabelecidas ações, possíveis temas a serem abordados, periodicidade dos encontros. Após, você deve elaborar um diário de campo com suas percepções sobre os desdobramentos, bem como novas sugestões, à medida que a relação entre a equipe vai se construindo.**

Quando falamos em mecanismos que direcionem nossas práticas no sentido da interprofissionalidade e interdisciplinariedade, não podemos deixar de mencionar as tecnologias que se fazem necessárias na produção de saúde, divididas em tecnologias duras (quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais), leve-duras (os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia) e as leves (que associa a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão) (MERHY, 2005). Sua utilização depende da situação, excetuando as tecnologias leves precisam estar sendo operadas em todos os momentos.

No contexto do cuidado, a valorização das tecnologias leves é um ponto fundamental no desenvolvimento do processo de trabalho pela equipe, sendo o diálogo uma necessidade prévia com vistas a estabelecer a confiança e o vínculo na relação equipe-paciente. É através desta conquista que o usuário se torna parceiro colaborador da equipe de saúde e da instituição, apoderando-se do seu processo terapêutico com possibilidades de recuperação mais rápida (RODRIGUES et al., 2018).

Nessa direção, a PNH traz como diretriz essencial a ser implementada nos serviços de saúde o acolhimento. O acolhimento, nada mais é, do que a prática de produção e promoção de saúde com responsabilização do trabalhador e equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída do serviço de saúde. Isso implica em ouvir suas queixas, mediante escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e a intervenção mais assertiva por meio do acionamento ou articulação das redes internas e externas dos serviços, para continuidade da assistência (BRASIL, 2015). O acolhimento propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários, de forma que se desloque o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional – e que se estabeleça a co-responsabilização pelo cuidado (RODRIGUES et al., 2018).

A prática do acolhimento tem sido estimulada com o propósito de racionalizar o processo de atendimento e melhorar a resolutividade, porém é uma mudança que requer a integração de todos os profissionais. Essa atividade deve ser conduzida por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, de modo a viabilizar um serviço de saúde organizado e com o compromisso de cuidado. Sua execução facilita a entrada no serviço, reduz as barreiras quanto ao tempo de espera e ao mau direcionamento de consultas e facilita a eleição de prioridades e o aumento do vínculo (NÓBREGA DE FARIAS et al., 2018).

O acolhimento é uma prática que deve ser executada em todos os pontos de atenção da rede, porém, de modo especial na APS, por esta ser considerada a porta de entrada prioritária para os serviços de saúde, tendo como objetivo aproximar o usuário através de uma atenção

de qualidade, podendo ainda ser considerado por estes um indicador de qualidade do serviço (RODRIGUES et al., 2018). Trata-se, portanto, de outra tecnologia importante no âmbito da APS, tanto para favorecer o vínculo com os usuários, como para estimular práticas interprofissionais.

Finalmente, acreditamos e queremos estimular você a refletir que os níveis de envolvimento e comprometimento dos diferentes sujeitos que compõem a equipe de saúde, considerando o gestor como parte dessa equipe, são determinantes para o estabelecimento de **relações fecundas**, as quais irão contribuir, significativamente, para a resolutividade da APS!

**Saiba mais:**

[https://www.youtube.com/watch?v=ZKX-pe\\_yDjg](https://www.youtube.com/watch?v=ZKX-pe_yDjg)

Acesse a Cartilha “Acolhimento! Saiba mais” do Núcleo Telessaúde SC e conheça as possibilidades de organizar o acolhimento em sua unidade de saúde:  
[https://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Apostila\\_acolhimento.pdf](https://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Apostila_acolhimento.pdf)

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Considerando o que foi apresentado, pode-se considerar algumas atitudes e habilidades importantes para um gestor da APS:

1. Entender o processo de trabalho da UBS;
2. Conhecer as competências dos profissionais que trabalham na UBS;
3. Gerenciar, orientar e supervisionar os profissionais das equipes disponíveis;
4. Conhecer e utilizar com eficiência os instrumentos de trabalho, incluindo os assistenciais, os gerenciais e aqueles que articulam as duas dimensões do trabalho;
5. Planejar as atividades de maneira compartilhada com os profissionais, gestores municipais, usuários e seus familiares;
6. Conhecer e traçar objetivos de atuação no território;
7. Desenvolver uma gestão participativa e o trabalho interprofissional;
8. Incentivar e promover ações de EPS e integração ensino-serviço.

Nas Unidades de Aprendizagem foram apresentados conteúdos e conceitos importantes sobre instrumentos de trabalho, buscando-se aprofundar sobre aqueles que articulam a gestão e o cuidado em saúde. Discutiu-se possibilidades de aplicação e implementação destes instrumentos no cotidiano das equipes de saúde, favorecendo o desenvolvimento da gestão participativa e a interprofissionalidade, aspectos essenciais para uma gestão colaborativa, criativa, eficaz e efetiva!

Agora você pode iniciar um processo de análise do trabalho desenvolvido e rever os problemas enfrentados em sua UBS, para identificar as melhores maneiras de solucioná-las junto com sua equipe e com a população.

## REFERÊNCIAS UNIDADE DE APRENDIZAGEM 1

AGUIAR, R.S. Gestão da prática e liderança da enfermagem na Atenção Primária em Saúde. In: CUNHA, C.L.F.; SOUZA, I.L. (Org) **Guia de trabalho para o enfermeiro na Atenção Primária em Saúde**. Curitiba: CRV, 2017, cap. 4.

ALVES, V. L. de S. Competências essenciais para a liderança na enfermagem no enfoque da gestão de pessoas. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (Org.). **Gestão do serviço de Enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. cap. 6.

BERTONCINI, J.H.; PIRES D.E.P.; RAMOS F.R.S. Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais. Tempus, **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n 1, p 124- 133, Mar 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/922/932>>. Acesso em: 02 mar 2019. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v5i1.922>.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ in the view of workers who participated in the program in Region of Health of Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, Jun 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jan.2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811705>

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, dez. 1990. Disponível em: [http://<bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html>](http://<bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>). Acesso em: 25 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. . Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em 10 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em 20 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2019.

BRITO, G. E. G. de; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. dos. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 975-995, dez. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000300975&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300975&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164>.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F.R.L.; ANDRADE, S.R de. **Gestão do Sistema Municipal de Saúde**. In: Gestão e avaliação na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2013. Disponível em: [https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.../4/AtencaoBasica\\_5GestaoAvaliacao.pdf](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.../4/AtencaoBasica_5GestaoAvaliacao.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. de S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, v. 18, p. 983-995 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p.3033-3040, jul 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 fev. 2019

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de. SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>.

CARVALHO, D. P. S. P.; et al. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. **Rev. Enf. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13210>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CASTILHO, V.; MIRA, V.L.; LIMA, A.F.C. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap 4.

CHIAVENATO, Idalberto. **Iniciação à administração dos materiais**. São Paulo: Makron, 1991.

CIAMPONE, M. H. T.; TRONCHIN, D. M.; MELLEIRO, M. M. Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Trabalho Gerencial. In: KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap 4.

DAVINI, Maria C. **La Formación Docente em Questión: política e pedagogía**. Buenos Aires: Paidós SAICF, 1995.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov. 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

FARIA, H. et al., **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2018.

FISCHER, S. D. et al. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **Tecnologias de Administração e Contabilidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.117-131, jul/dez. 2014. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/periodicos/arq\\_pdf/a\\_1558.pdf](http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1558.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2018.

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

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, set. 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2019.

LORENZETTI, Jorge et al . Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 417-425, June 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

MAEDA, S. T.; et al. . Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 1651-1655, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800002>.

Merhy E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009. cap. 2.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I.S.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA J. C. F (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. cap. 50.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. Tomada de decisão, solução de problemas, raciocínio crítico e raciocínio clínico: requisitos para uma liderança e administração de sucesso. In: MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J (Org). **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015, cap 1.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, Fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 fev 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>.

MIRA, V.; MIRA, V. L.; LIMA, A. F. C.L. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap. 12.

NETO, G. V.; FILHO, W. R. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo. vol. 12. 1998. Disponível em: <[andromeda.ensp.fiocruz.br/visa/files/Volume12.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/visa/files/Volume12.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2019.

NONHLANHLA, N. et al. Performance management in times of change: experiences of implementing a performance assessment system in a district in South Africa. **International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 17, p. 141, nov. 2018. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0857-2#Bib1>>. Acesso em 23 jan 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0857-2>.

OLIVEIRA, S. A. de *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 69, out-dez 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.64>. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-4.8/index.php/ras/article/view/64/88>. Acesso em: 06 jan. 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_pr.pdf](https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2019.

PERUZZO, H. E.; et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. **Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: 10 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.

PINTO, H.A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L.B; BARBOSA; M.G; FERLA, A.A. (orgs). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p.251-263, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p.739-744, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

PONTE, H .N. S. P.; OLIVEIRA, L. C. O.; ÁVILA, M. M. M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 34-47, Mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080003>.

ROSSETTI, L.T. et al. Permanent education and health management: a conception of nurses. **J. res.: fundam. care**, Rio de Janeiro, v 11. n. 1, p. 129-134 2019. Disponível em <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6513/pdf>>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.143-148>. Acesso em: 06 jan. 2019.

SALUM, N. C.; PRADO, M. LA educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso)>Acesso em: 15 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan 2018.

SCHNEIDER, C.F. **O enfermeiro na estratégia saúde da família: identificação e proposição de instrumentos de gestão**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2019.

SILVA, F. H. C. S. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012. Disponível em: < <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p.584-592, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SOUZA, V. L.; et al. Ambiente organizacional: um cenário em permanente mutação. In: **Gestão de pessoas em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010. cap. 1.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2019

VENDRUSCOLO, C.; et al. Concepção de coordenadores da atenção básica sobre educação permanente em saúde: aproximações e distanciamentos com pressupostos freireanos. **Inova Saúde**, v. 4, p. 47-69, 2015. Disponível em: <[periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1930](http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1930)>. Acesso em: 05 jan. 2019.

VENDRUSCOLO, C.; et al . Repensando o modelo de Atenção em Saúde mediante a reorientação da formação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 4, p. 1580-1588, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001001580&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001580&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0055>.

YAMAUCHI, N.I. Qualidade gerencial do enfermeiro. In: Malagutti, William (org.) **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2009.

## REFERÊNCIAS UNIDADE DE APRENDIZAGEM 2

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf). Acesso em: 08 Fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 4279 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000500983&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000500983&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 5 Fevereiro 2019] , pp. 1625-1636. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>>.

DANTAS, Natália Freitas; PASSOS, Izabel Christina Friche. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NO SUS DE BELO HORIZONTE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 201-220, abr. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=en&nrm=iso)>. acessar em 11 fev. 2019.

FERNANDES, Juliana Azevedo; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-306, Mar. 2015.

Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=en&nrm=iso)>. Access on 05 Feb. 2019.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de atenção**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. 13p. Disponível em:

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2019.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em:

<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

NÓBREGA DE FARIAS, Danyelle et al. INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2018, 16 (Jan-Apr). Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757302008>. Acesso em: 22 fev. 2019

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Redes Integradas de Servicios de Salud. **Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas** [Internet]. Serie Renovación de La Atención Primaria de Salud en las Américas – Organización Panamericana de La Salud No. 4. Washington: OPAS; 2010. p. 102. Disponível em:

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Redes+Integradas+de+Servicios+de+Salud:+Conceptos,+opciones+de+política+y+hoja+de+ruta+para+su+implementación+en+las+Américas#0>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC : OPAS, 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 02 fev. 2019.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

PONTE, Hermínia Maria Sousa da; OLIVEIRA, Lucia Conde de; AVILA, Maria Marlene Marques. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 34-47, Mar. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100034&lng=en&nrm=iso)>. Access on 11 Feb. 2019.

RIGHI, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000501145&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501145&lng=en&nrm=iso)>. Access on 05 Feb. 2019.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Feb. 2019.

RODRIGUES, Vitória Eduarda Silva et al. Acolhimento como tecnologia leve na atenção primária: revisão integrativa. **Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde**, Teresina - Piauí, v. 01, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7950/4677>. Acesso em: 25 fev. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PEREIRA JUNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. **Interface** (Botucatu), Ribeirão Preto, v. 18, Supl 1, p. 895-908, 2014.

VIANA, Mônica Martins de Oliveira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00123617, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000805002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

## 6.6 PRODUTO TÉCNICO 3 – MATERIAL DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA GESTORES DA APS

Esse material seguiu as orientações pelo Telessaúde/SC e trata-se de uma publicação com ISBN, que faz parte do curso via plataforma EAD. Iniciou com a apresentação do objetivo específico da Unidade de Aprendizagem em questão e sua contribuição para o conhecimento no processo de formação dos gerentes. O texto foi construído a partir dos principais conceitos e informações que subsidiam o cumprimento do objetivo de aprendizagem proposto. Optou-se pela utilização de uma linguagem clara, objetiva, adequada às características do público alvo.

O material instrucional foi intitulado “Tecnologias de gestão na Atenção Primária à Saúde”. Foi composto por duas unidades de aprendizagem, intituladas: “Instrumentos de trabalho na gestão em saúde” (Unidade de aprendizagem 1) e “Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde”(Unidade de aprendizagem 2). Cumpre destacar que a Unidade de aprendizagem 2 foi integralmente construída a partir do material e reflexões permitidas pelos achados dessa dissertação.

O conteúdo programático da Unidade de aprendizagem 1 fez parte da dissertação de mestrado da mestranda Carise Schneider e abordou assuntos como: os aspectos teóricos conceituais do trabalho em saúde; desafios na gestão da APS; instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS; gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS. A Unidade de aprendizagem 2 abordou os seguintes temas: cogestão ou gestão participativa: espaços e mecanismos de gestão coletiva; método Paidéia: apoio institucional, apoio matricial, Clínica Ampliada e Compartilhada, interprofissionalidade e acolhimento como tecnologias para o trabalho colaborativo na APS. Os conteúdos citados encontram-se disponíveis para visualização no item anterior.

Ao final de cada unidade de aprendizagem foi realizado um resumo breve do conteúdo apresentado. Seguindo as prerrogativas do Telessaúde/SC, o conteúdo abordado em cada unidade de aprendizagem foi relacionado com a resolução de problemas da realidade do trabalho em saúde, mediante a apresentação de estudos de caso, como exercício de absorção do conteúdo. A construção seguiu normas metodológicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ao material instrucional foi integrado a apresentação de hipermídias (artigos, vídeos complementares e vídeo-aulas).

O texto foi elaborado conforme uma linha lógica entre um módulo/unidade de aprendizagem e outro, demonstrando a possibilidade de aprendizagem do tema em questão, reforçando sempre os objetivos de aprendizagem (UFSC, 2019). O material construído foi direcionado para gerentes da APS, especialmente das equipes de eSF de todo o estado. Está disponível na íntegra no site do Telessaúde/Telemedicina de SC ([www.telessaude.ufsc.br](http://www.telessaude.ufsc.br)) e pode ser acessado por meio de cadastro na Plataforma.

#### 6.7 PRODUTO TÉCNICO 4 – GRUPOS COM GESTANTES E “1º MAMAÇO”

Trabalhar as melhores práticas a partir de um processo de EPS foi uma experiência interessante para alguém que, como essa autora, não reconhecia esse processo, embora, empiricamente, participasse dele. Observado o conceito de EPS que a define como aprendizagem no trabalho, percebeu-se, no decorrer da produção de informações da pesquisa, que ainda é preciso avançar para a construção de conhecimento em equipe, pois a tendência natural dos profissionais da saúde (neste caso enfermeiras) é agir a partir da sua experiência individual. Ao término do primeiro encontro de investigação temática, os enfermeiros surpreenderam ao relatar uma profunda satisfação em ter participado dos Círculos de Cultura, da riqueza desse espaço de diálogo e de troca de experiências. A partir daí, o grupo propôs-se a fomentar momentos de interlocução entre os serviços, visto que o usuário circula por todos esses espaços de produção de saúde e prevenção de agravos, o que torna todos os pontos de atenção da Rede co-responsáveis pela sua assistência integral e longitudinal.

Dias após o primeiro Círculo de Cultura, surgiu a oportunidade de realizar um trabalho coletivo, uma integração entre enfermeiros da atenção hospitalar e APS, por meio da organização e realização de grupos de gestantes. Esta era uma demanda antiga, originada pela falta de integralidade no atendimento das mulheres que transitam na Rede, tanto durante o pré-natal, nas Unidades de Saúde, quanto no ambiente hospitalar, durante e após o trabalho de parto. As informações desconstruídas e, por vezes, insuficientes, acabam interferindo na qualidade do cuidado de enfermagem. O tema abordado foi Amamentação, sendo o mês de Agosto alusivo a essa campanha. No total, foram dois grupos de gestantes, um no município de Águas de Chapecó, no qual compareceram duas gestantes, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas enfermeiras atenção terciária, uma enfermeira da atenção primária e uma médica obstetra. Já no município de São Carlos, participaram seis gestantes, duas enfermeiras da atenção secundária, uma enfermeira da atenção primária e uma da atenção secundária, quatro ACS e a médica obstetra.

As enfermeiras atuantes no hospital conduziram as falas, com auxílio de slides e multimídia, principalmente para exemplificar situações com fotos, além de levar bonecas para desenvolver a atividade prática sobre posição mais adequada para amamentação e pega correta da mama pelo bebê. As participantes verbalizaram a sua satisfação com as atividades proporcionadas no grupo, pois promoveram aprendizado, conduzindo a uma maior autoconfiança, enquanto futuras mães. Além disso, afirmaram ser fundamental ter conhecimento dos profissionais que atuam nos serviços da Rede, constituindo vínculo, um elo favorável que conduz a integralidade do cuidado.

Assim, no contexto em estudo, as mobilizações geradas pela pesquisa demonstram que há possibilidades reais de transformação, que se efetivam na parceria, na ajuda mútua. Os enfermeiros demonstraram dificuldades em preparar o material, buscar embasamento científico para orientação das práticas, aliar expertise profissional ao saber popular, porém perceberam que não há como dissociar ensino-pesquisa, como afirma Freire (2011, p. 29) “pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo”. Foram desafios superados com trabalho colaborativo entre enfermeiros dos diferentes pontos da rede, em busca de objetivos comuns: a coordenação do cuidado e a integralidade e longitudinalidade na assistência. As figuras 06 e 07 apresentam registros fotográficos dos dois encontros de gestantes<sup>33</sup>.

**Figura 06** – Grupo de gestantes realizado no dia 08 de agosto de 2018, município de São Carlos - SC.



Fonte: arquivos da autora, 2018.

<sup>33</sup> Nas fotos, optou-se por manter sigilo da identidade (uso de tarja preta) dos participantes dos grupos de gestantes dos quais não se possui consentimento assinado para fotografias.

**Figura 07** - Grupo de gestantes realizado no dia 14 de agosto de 2018, município de Águas de Chapecó - SC.



Fonte: arquivos da autora, 2018.

A realização desse trabalho fez surgir a ideia entre as enfermeiras do hospital de criar e manter um espaço virtual para divulgação dos trabalhos realizados, a fim de compartilhar saberes entre profissionais e usuários. Assim, buscou-se a parceria de outros profissionais do hospital, como a nutricionista e a farmacêutica, que abraçaram a ideia e se comprometeram em alimentar o dispositivo constantemente. Nessa perspectiva, foi apresentada a proposta de criação de uma página do hospital no Facebook ao diretor administrativo, que aprovou e parabenizou o grupo pela iniciativa.

A escolha pelo canal de comunicação Facebook deve-se ao fato de ser uma mídia social que permite divulgar conteúdos sem fronteiras, com ampla cobertura na população, ser gratuito e de fácil operação. Na última década, tem-se observado o aumento exponencial do número de pessoas no mundo que possuem um telefone celular ou outro dispositivo de comunicação eletrônica portátil. Esse novo padrão no consumo da informação e no fornecimento de cuidados de saúde é particularmente desafiador e exige estratégias específicas, facilitadas por essa metodologia estar amplamente disseminada, se torna mais atrativa didaticamente, otimiza tempo e favorece a integração profissional-cliente e profissional-profissional (GAGNON et al., 2016).

Uma vez criada a página, a primeira publicação foi do grupo de gestantes de São Carlos. Nesse período, já estavam em andamento os trabalhos para implementação da humanização da assistência obstétrica em nível hospitalar, movimento angariado pelas duas

enfermeiras obstetras que atuam nessa instituição, sendo que tivemos a grata surpresa e satisfação em realizar o primeiro parto de cócoras. Quando veiculada, essa notícia “viralizou”, sendo mais de quatro mil pessoas visualizaram a publicação, diversos comentários, inclusive relato da puérpera sobre o acontecimento e sua gratidão para com a equipe e instituição. Na Figura 08 é possível visualizar um trecho da publicação na página da instituição hospitalar.

**Figura 08** – Trecho da publicação sobre parto de cócoras e impacto dessa ação na rede social.



Fonte: arquivos da autora, 2019.

Por conseguinte, outra ação despertou e se efetivou no referido mês, alusivo ao tema da amamentação, desta vez tendo como disparadora uma profissional Doula<sup>34</sup> que atua nos municípios da Rede. A Doula já realiza trabalho no município e arredores, com um grupo de gestantes, e organizou 1º Mamaço, espaço para troca de vivências e orientações, para o qual convidou os profissionais da Rede, dentre os quais, a obstetra, nutricionista, enfermeiras, em uma roda de conversa ao ar livre. Foi elaborado material educativo (APÊNDICE C) pelas enfermeiras com dicas e orientações para auxiliar no processo de amamentação. Uma linda tarde ensolarada de domingo, o clima conspirou e a iniciativa foi um sucesso. Pretende-se dar continuidade à atividade no mês de agosto de 2019, mês alusivo ao aleitamento materno.

<sup>34</sup> Doulas são profissionais treinadas para fornecer apoio contínuo e proporcionar medidas de conforto a gestante, em todas as fases da gestação. Detém papel importante durante o trabalho de parto, oferecendo segurança e carinho à gestante (AMRAM et al., 2014).

**Figura 09** – Registro do 1º Mamaço organizado na RAS.



Fonte: arquivos da autora, 2018.

Essas atividades se caracterizam como formativas e aproximam o ensino e o serviço em saúde, além de contar com um caráter de educação permanente. Destarte, destaca-se a possibilidade de integração entre os profissionais, neste caso enfermeiras, dos diferentes pontos da Rede (níveis de atenção), como diferencial da proposta.

## 6.8 PRODUTO TÉCNICO 5 – PARTICIPAÇÃO NA CIES REGIONAL

O dos mais importantes “frutos” do MEAPS foi a inserção da mestranda como representante do segmento atenção (hospitais de pequena e média complexidade) na Câmara Técnica Pedagógica da Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço (CIES) (ANEXO V). Esse envolvimento junto à CIES Regional pode ser considerado como um dos movimentos transformadores do trabalho em saúde e, por conseguinte, da enfermagem na região que contempla a Rede estudada. Isso porque oportunizou a compreensão e participação ativa em movimentos de EPS que, efetivamente, podem ser geradores de mudanças na prática profissional. Representando colegas trabalhadores da área da saúde, a mestranda e enfermeira passou a ter voz junto à essa importante instância, opinando e deliberando acerca das necessidades locais de educação permanente. Tal possibilidade foi desencadeada pelo MPEAPS, juntamente com as demandas dos participantes que emergiram durante os CC, pois era uma constante entre os temas geradores, aqueles relacionados à insuficiência da formação

e à falta de EPS. Alimentando o sentimento de inconclusão do ser, faz-se necessário lembrar a reflexão (e ação) proposta por Freire (2011), que entende essa inconclusão como a potência que nos insere no movimento de educação, como processo permanente.

A CIES é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente instituída pela Portaria GM/MS nº 1996/07 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e indicada como estratégia para a condução e desenvolvimento da política de EPS. Busca promover um trabalho articulado entre as esferas de gestão, ensino, serviço e usuários (BRASIL, 2009). Em Santa Catarina, alinhando-se à política de fortalecimento da regionalização, em 2007, as CIES foram remodeladas e organizadas em torno dos Pólos, totalizando 15 CIES no Estado. Atualmente, Santa Catarina conta com 16 CIES (SANTA CATARINA, 2019).

Esse envolvimento deu-se, em suma, pela inserção da mestranda no Mestrado Profissional, que em sua essência, busca fomentar a articulação ensino e serviço/teoria e prática. Ainda durante a fase de elaboração do projeto de pesquisa, a mestranda já demonstrava interesse e afinidade pelos temas que versam sobre a EPS e gestão da assistência de enfermagem, visto que ocupa cargo de gerente serviço de enfermagem em uma instituição hospitalar filantrópica, participando ativamente de atividades propostas na RAS pela gerência da regional da saúde, conselho de classe e afins.

Em relação à representação que se efetiva nesses espaços intersetoriais, como é o caso da CIES, Vendruscolo et al. (2018) lembram que no campo da saúde, sujeitos que estão implicados com a sua produção, podem representar seus pares em certos espaços deliberativos. No âmbito da enfermagem, a CIES (instância que, em Santa Catarina, conta com grande parte dos membros que representam o segmento trabalhadores, enfermeiros(as), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Conselhos de Saúde (por exemplo). Cada segmento representado nessas instâncias desempenha um papel importante, exercitando, inclusive uma possibilidade mais democrática e participativa de gestão, na qual encontram a possibilidade de desfrutarem do protagonismo e da produção coletiva. Nessa direção, Freire (2017) explica que sem a possibilidade de reflexão sobre si mesmo e sobre seu estar no mundo, as pessoas não são capazes de transpor limites que lhe são impostos, e, assim, de comprometer.

Em agosto de 2018, dois representantes da Câmara Técnica participaram do encontro estadual de planejamento em EPS, na oportunidade o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) foi incorporado ao Plano Estadual de EPS (PEEPs), sendo

que, a partir disso, já deveriam ser elaboradas e implementadas estratégias de educação de acordo com os eixos prioritários estabelecidos no PAREPS.

Em vista disso, no mês de Setembro a Câmara Técnica realizou a primeira reunião de planejamento com membros eleitos para gestão 2018-2020, durante a qual se optou em trabalhar o tema: “Atendimento do paciente na urgência e emergência na Rede”, com a definição da primeira atividade a ser desenvolvida no dia 31 de outubro, no formato de uma Távola científica, com uma abordagem inicial e situacional da Rede de urgências e emergências psiquiátricas. A demanda para abordar a temática sobre saúde mental também aflorou nos CC realizados pela pesquisadora, como exemplificado em trechos das falas dos enfermeiros:

*“[...] eu acho assim também, que na sociedade, alguns valores foram perdidos e as pessoas não estão tendo mais estabilidade para lidar com as frustrações. Então as frustrações vêm e a pessoa não sabe como lidar, elas se tornam uma barreira que você ultrapassa com o que: com uso abusivo de algumas substâncias, álcool, drogas ou medicação”* (Jade).

*“Nossa! Deve ser muito difícil trabalhar com esse tipo de paciente [de saúde mental]. Se com os demais já está difícil”* (Ametista).

*“[...] o mais difícil e frustrante nessa especialidade [saúde mental] são as recaídas. Na região, a maioria dos nossos pacientes são etilistas. Eles são internados para desintoxicação, ficam um mês e voltam, tem aqui os grupos, tem acompanhamento, vem aqui quando quer, e assim que eles conseguem dar um passo fora, quando familiar talvez não está em casa, está trabalhando, lá se vão ao bar”* (Safira).

O tema proposto foi abordado na primeira oficina, por ser considerado pelos demais integrantes da CIES como prioritário, em vista das grandes demandas por atendimento na especialidade de saúde mental, não somente na RAS estudada, mas também em todos os pontos de atenção da região de saúde. Dessa maneira, em parceria com hospital regional de referência para alta complexidade, desenvolveu-se a Távola que se trata de uma roda de conversa científica entre profissionais da Rede que atuam na assistência em saúde mental. Foi momento rico, no qual representantes da gerência da saúde apresentaram a conformação atual da Rede de saúde mental na região, e a partir disso, discutiu-se possibilidades de transformação e melhorias na articulação entre os pontos de atenção.

A participação na CIES resultou em desdobramentos, impulsionando outras iniciativas por essa instância, mediante propostas de operacionalização de outras ações de EPS, por meio da Câmara Técnica. A partir dessa primeira ação – a Távola - em 2018, em 2019 se está trabalhando na perspectiva de firmar uma parceria com a Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC) para gerir recursos da CIES, específicos para os municípios realizarem ações de EPS. Até o presente momento, a parceria já foi aprovada nas instâncias AMOSC e CIR.

Dessa maneira, as universidades que participam da CIES - UDESC, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) e Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - irão propor projetos de extensão vinculados à instituição de ensino, observadas as demandas prioritárias estabelecidas no PAREPS, sendo responsabilidade da Câmara Técnica a avaliação e acompanhamento da execução desses projetos na Região. Nessa direção, a participação ativa da mestrandia enquanto representante da atenção, na organização e acompanhamentos das ações de EPS, destaca-se como uma possibilidade de participação em movimentos que, doravante, irão favorecer o desenvolvimento de ações educativas que convergem com as necessidades dos serviços e estimulam a participação e educação permanente dos profissionais.

O ANEXO VI incorpora o Ofício da Câmara Técnica da CIES, construído a partir da aprovação da parceria com a AMOSC, encaminhado às instituições de ensino com vistas a construção coletiva de projetos de extensão que impulsionem movimentos de EPS na região.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu construir um itinerário de EPS para fortalecer as melhores práticas em enfermagem na RAS em questão, o qual poderá ser aplicado a outros contextos. O exercício, possibilitado pelos CC fomentou a práxis (ação-reflexão-ação) para as melhores práticas, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire, com base nos atributos da APS.

Considera-se que todas as etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire foram cumpridas e que ocorreram de maneira interdependente, com constantes idas e vindas durante os momentos da pesquisa. Outrossim, destaca-se que os objetivos do estudo foram cumpridos, estimulando ainda, o fortalecimento de vínculos entre pesquisadores e participantes, visto que todos se beneficiaram das contribuições advindas de cada membro do grupo.

Os resultados desta Dissertação foram organizados em manuscritos/artigos que serão encaminhados para periódicos da área da saúde e enfermagem, e que representam a produção científica oriunda da pesquisa. Além destes, os resultados também foram organizados na forma produtos técnicos.

No **manuscrito II** emergiram nos diálogos os aspectos que representam as potencialidades relacionadas ao desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede, dentre os quais, destaca-se a liderança da enfermagem e o vínculo com o usuário, apesar dos inúmeros desafios que envolvem as práticas, como a falta de diálogo e de valorização profissional, e a pouca familiaridade com as dimensões das melhores práticas em enfermagem.

No **manuscrito III**, foram evidenciados a interlocução e o apoio como ferramentas de base para o desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na Rede, assim como favorecem aos atributos da APS. Essas ferramentas são potencializadas pela utilização de metodologias crítico-reflexivas com base na problematização da realidade e da aprendizagem significativa no trabalho, proporcionada pelos movimentos de EPS.

O **manuscrito IV** descreveu o itinerário de EPS para melhores práticas em enfermagem desenvolvido na RAS, mediado pela investigação temática nos CC, em que os diálogos e conhecimentos gerados impulsionaram iniciativas entre os enfermeiros da RAS, como por exemplo, a realização de dois grupos de gestantes e uma atividade de educação em saúde sobre amamentação – 1º Mamaço, movimento que representou o **produto técnico 4** da Dissertação, com potencial para um processo de constante interlocução entre os profissionais da enfermagem que atuam na RAS investigada. Estas iniciativas foram disparadoras de outras

possibilidade e demandas de EPS, como a participação na Câmara Técnica da CIES Regional (**produto técnico 5**), o qual impulsionou a criação de uma parceria da UDESC com o Telessaúde/SC operacionalizado pela UFSC (**produto técnico 1**), considerado um dos mais importantes produtos da presente Dissertação. Por meio deste, também foi importante a oferta do minicurso “Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde” (**produto técnico 2**), precursor de uma série de possibilidades de abordagens de temas demandados para EPS, na região Oeste. O curso contemplou vídeo aulas e material didático e institucional para gestores da APS (**produto técnico 3**).

Assim, os movimentos que se originaram do processo vivenciado a partir do Itinerário de ESP contribuíram para as melhores práticas em enfermagem e na saúde, de maneira geral. Eles favoreceram a busca por dispositivos de EPS com maior abrangência, como o Telessaúde/SC que, por representar uma iniciativa a partir de necessidades reais identificadas no cotidiano laboral dos enfermeiros, pode ser considerado como uma tecnologia educacional com possível impacto na transformação do processo de trabalho.

De maneira geral, foi possível perceber que as metodologias crítico-reflexivas como os CC foram oportunidades para a problematização do processo de trabalho dos enfermeiros, pelo estabelecimento de espaços dialógicos, que favorecem a comunicação entre os eles e que despertam a avidez pela busca e compartilhamento do saber. Nessa direção, o Itinerário Freireano provocou a reflexão e, em certa medida, a reconstrução da práxis das enfermeiras, pois seus relatos confirmaram que os CC contribuíram para a transformação.

As RAS, pensadas como estratégia de fortalecimento e efetividade do SUS ainda carecem de investimentos em sua estrutura organizativa e na formação de profissionais, garantindo sua funcionabilidade. Nesse estudo, percebe-se a falta de mecanismos que promovam a articulação entre os profissionais e serviços nos diferentes níveis de atenção. A escolha por uma metodologia participante como o CC, foi assertiva e exitosa, ao passo que oportunizou aos participantes conhecer e refletir sobre as melhores práticas e de como essas podem ser potencialidades para transformação das práticas profissionais. Como limitações, destaca-se o desafio ao propor e desenvolver uma pesquisa utilizando metodologia participativa a exemplo dos CC. Isso porque o sistema (usuários-profissionais-gestores) estão habituados as pesquisas tradicionais, geralmente representadas por questionários e entrevistas, e ao se depararem com formato diferenciado, que estimula a reflexão e criticidade pessoal e do grupo, por vezes sentem-se intimidados e receosos em participar. Dessa maneira, a desenvoltura e dinamismo do facilitador foram essenciais para garantir a adesão dos participantes nos CC.

Assim, foi possível confirmar que a EPS configura-se como importante instrumento na busca por melhorias, pois promove a autonomia e o protagonismo dos profissionais no seu cenário de atuação profissional. A construção do Itinerário de Educação Permanente reflete a transformação ocorrida no cenário em estudo. Os enfermeiros identificaram várias fragilidades e potencialidades de sua prática laboral, as quais, organizadas a partir dos temas geradores, foram analisadas e discutidas no grupo, buscando possíveis mudanças. O Itinerário de EPS pode ser compreendido como uma tecnologia de educação e, ao mesmo tempo, de produção do cuidado, permeando a participação e o protagonismo dos enfermeiros, na direção das melhores práticas e da qualificação do cuidado de enfermagem.

Ao iniciar esta investigação, as expectativas eram as de provocar reflexões e movimentos sutis de mudança em uma RAS, contudo, ao finalizar esse processo, percebeu-se que foi possível ir além. As oportunidades de participação e de aprendizado, sobretudo a partir das realidades vivenciadas na prática e produtos gerados, foram profícuas para uma transformação que passa pela profissional enfermeira e transcende, alcançando uma rede de relações, de afetos e de produção da saúde.

## 8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-82, 2013.

ÁLVAREZ, Vanesa Rodríguez; MOROLLÓN, Fernando Rubiera. Panorama de las buenas prácticas y políticas adoptadas en La Unión Europea frente al envejecimiento. **Journal of Regional Research**, v. 34, p. 139-71, 2016.

AMRAM, Natalie Lea et al. How Birth Doulas Help Clients Adapt to Changes in Circumstances, Clinical Care, and Client Preferences During Labor. **The Journal of Perinatal Education**, v.23, n. 2, p. 96-103, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976643/>. Access in: 05 Out. 2018.

ANDRIGUE, Karen Cristina Kades; TRINDADE, Letícia de Lima; AMESTOY, Simone Coelho. Formação acadêmica e educação permanente: influências nos estilos de liderança de enfermeiros. **Rev. Fun. Care**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 971-77, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5534/pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300601](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601). Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Publicações sobre serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2018a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/servicos/publicacoes>. Acesso em: 3 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 nov. 2018b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 18 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 4279 de dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 39**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009. 64p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Considerações sobre Classificação de Produção Técnica – Enfermagem**. Brasília: Diretoria de Avaliação, 2016. 18p.

BARBIANI, Rosângela; DALLA NORA, Carlise Rigon; SCHAEFER, Rafaela. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24: e2721, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100609](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract)>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019

CHICÓRIA, Mafalda Isabel Gonçalves. **Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Área de Especialização em Supervisão Clínica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal, 2013.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio; HARZHEIM, Erno; TAKEDA, Silvia Maristela Pasa. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde: uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.12, n. 39, p. 1-18, 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Deliberação 225/CIB/07, de 17 de dezembro de 2007**. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. Santa Catarina: CIB, 2007. 163p. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc). Acesso em: 14 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 0564, de 06 de Dezembro de 2017**. Dispõe sobre novo Código de Ética de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html/print/](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Combater a desigualdade: da evidência à ação**. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012. Disponível em: <[https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/?title\\_field=combater&year\\_field=2012](https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/?title_field=combater&year_field=2012)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

DICKMANN, Ivo; DICKMANN, Ivano. **Primeiras palavras em Paulo Freire**. 2ª ed. São Paulo: Editora Ação Cultural, 2016. 240p.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. **Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de atenção**. São Paulo:Secretaria de Estado da Saúde, 2015. 13p. Disponível em:

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 24<sup>a</sup>. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2001. 80p.

\_\_\_\_\_, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43<sup>a</sup> ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011. 148p.

\_\_\_\_\_, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 64<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017. 256p.

GADOTTI, Moacir. A voz do biógrafo brasileiro a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, Moacir (Org.) Paulo Freire: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 67-115.

GAGNON, Marie-Pierre et al. m-Health adoption by healthcare professionals: a systematic review. **J. Am. Med. Inform. Assoc.**, Oxford, v. 23, n. 1, p. 212-20, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocv052>. Access in: 02 Out. 2018.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al . O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss et al .Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 8p., 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisas**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/pesquisas>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

IOWA. University Of Iowa.College of Nursing. **HCGNE – Best Practices for Healthcare Professionals**, 2014. Não paginado. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practicesfor-healthcareprofessionals>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MACKEY, April; BASSENDOWSKI, Sandra. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. **Journal of Professional Nursing**, vol. 33, n. 1, p. 51–55, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28131148>>.

Acesso em: 20 set. 2018.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. **Evidence-based practice in nursing ad healthcare: a guide to best practice**. 3 ed, North Americ, 2011. 656p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2018.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 167-74, 2010. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14581/8487>>. Acesso em: 04 dez. 2017.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto, BELASCO, Angélica; BARBOSA, Dulce. **Evolução da pesquisa em enfermagem até a Prática Baseada em Evidências**. In: BARBOSA, Dulce et al. *Enfermagem Baseada em Evidências*. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2017, p. 1-7.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6 - 12 de setembro de 1978. Brasil: UNICEF, 1979. 60 p. Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia para a Documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde**. República do Congo: Escritório Regional Africano Brazzaville, 2008. 10p. Disponível em: <<http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Conference on Primary Health Care. Cazaquistão, 25 – 26 de Outubro de 2018. UNICEF, 2018. 12p. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>. Acesso em: 26 jun. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación Em las Américas**. Serie Renovacion de La Atencion Primaria de Salus em las Américas – Organizacion Panamericana de La Salud N. 4. Washington: OPAS, 2010, 102p. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Redes+Integradas+d+e+Servicios+de+Salud:+Concepros,+opciones+de+politica+y+hoja+de+ruta+p+ara+su+implementación+en+las+Américas#0>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 14 abr. 2018.

PRESOTTO, Giovanna Valim et al. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 760-770, 2014.

RIGHI, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, suppl. 1, p. 1145-50, 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/135109/000954712.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RUMOR, Pamela Camila Fernandes et al. Health education and culture in the perspective of Paulo Freire. **Journal of Nursing UFPE** on line, , v. 11, n. 12, p. 5122-5128, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25338>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado e Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente do Estado de Santa Catarina – 2019/2022**. Florianópolis: Secretaria de Estado e Saúde, 2019. 93p. Disponível em:

<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/educacao-na-saude/educacao-permanente/plano-estadual>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

SAUL, Ana Maria. Paulo Freire na atualidade: legado e reinvenção. **Revista e-Curriculum**. São Paulo, v. 14, p. 9-34, 2016. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/viewFile/27365/19377>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

SOUSA, Aline Iara de; MACHADO, Dana Karine de Sousa. A coordenação e supervisão do enfermeiro no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. In: FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves (org.). **Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.131-145.

SOUZA, Ana Inês (org.). Paulo Freire: vida e obra. 2 ed., São Paulo: Expressão Popular, 2010. 344 p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

THUMÉ, Elaine et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p.275-288, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0275.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Histórico do Telessaúde**. Florianópolis: Núcleo Telessaúde Santa Catarina, 2019. Disponível em: <<https://telessaude.ufsc.br/historico/>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

VENDRUSCOLO, Carine et al . A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Coordinators primary care design on permanent health education: similarities and differences with assumptions freirean. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 4, n. 1, 2015.

VENDRUSCOLO, Carine et al . Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1353-1364, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012103&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012103&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 dez. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: espaço de interseção entre Atenção Primária e Secundária. **Texto e Contexto**, Florianópolis, 2019. Prelo.

VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Martha Lenise do, KLEBA, Maria Elisabeth. Reorientação do Ensino na Saúde: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p. 246-60, 2016.

**APÊNDICE A - CARTÃO DE BOAS VINDAS PARA 1º ENCONTRO – CC**

Querido colega, que bom que você aceitou o desafio e veio participar deste momento especial, de reflexão e proposição, no sentido de fomentar a enfermagem na Rede de Atenção à Saúde local. Estou certa de que, trabalhando juntos, construiremos uma enfermagem sólida e reconhecida!!

Trago aqui algumas questões para nos conhecermos melhor:

- 1) Há quanto tempo você atua como enfermeiro? \_\_\_\_\_
- 2) Fez ou está fazendo alguma pós-graduação?
- 3) Refletindo sobre a sua prática diária, o que você aponta como facilidades/potencialidades para a profissão.
- 4) Refletindo sobre a sua prática diária, o que você aponta como dificuldades/fragilidades para a profissão.
- 5) O que você modificaria na sua prática diária?

## APÊNDICE B – QUADRO REPRESENTATIVO DOS 59 TEMAS GERADORES

TRECHOS DE FALAS	TEMAS GERADORES 1ª Codificação
<p><i>A gente oferece um cuidado melhor pra eles (pacientes) e não oferece cuidado nenhum pra nós (profissionais). A gente se sobrecarrega (Rubi)</i></p> <p><i>Várias vezes a gente informou o sindicato, mas eles não fazem nada. Coren também não, que só cobram (Safira)</i></p>	<p>1. SOBRECARGA DE TRABALHO</p> <p>2. FALTA DE APOIO INSTITUIÇÕES FISCALIZADORAS</p> <p>3. FALTA DE HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO</p>
<p><i>primeiro ponto a remuneração baixa, eu acho que a nossa profissão, ela é maravilhosa [...] só que financeiramente ela é ridícula (Diamante)</i></p> <p><i>Pela quantidade de trabalho, pela quantidade de excesso de horas, excesso de tudo [...] o salário do enfermeiro é péssimo (Esmeralda)</i></p> <p><i>Falta de autonomia em alguns procedimentos [...] outras situações a nível até tendo esse respaldo por parte do Ministério, muitas vezes você sofre boicotes (Diamante)</i></p>	<p>4. BAIXA REMUNERAÇÃO</p> <p>5. FALTA DE AUTONOMIA</p> <p>6. FALTA UNIÃO ENTRE A CATEGORIA</p> <p>7. INSATISFAÇÃO COM EMPREGO</p>
<p><i>só que a gente está sempre fazendo o trabalho dos outros (Rubi)</i></p>	<p>8. DESVIO E ACÚMULO DE FUNÇÕES</p>
<p><i>passa do nosso cuidado de enfermagem, a gente acaba fazendo o papel do médico, do psicólogo, de mediador familiar (Esmeralda)</i></p> <p><i>descaracteriza nossa profissão [...] a gente acaba fazendo e apagando mais incêndios (Ametista)</i></p> <p><i>na verdade a gente não se atem nas funções do Enfermeiro (Ametista)</i></p>	<p>9. DESCARACTERIZAÇÃO DA PROFISSÃO</p>
<p><i>a parte burocrática que tira muito tempo da gente, também tem que ser feito, né? (Ametista)</i></p> <p><i>Ninguém consegue desempenhar o papel realmente do Enfermeiro (Esmeralda)</i></p>	<p>10. BUROCRATIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM</p> <p>11. EQUIPE REDUZIDA AO MÍNIMO</p>
<p><i>Política, principalmente a nível de gestão [...] é meio que via de regra, principalmente relacionado a saúde que a gestão é conduzida de forma assistencial, sem trabalhar questões de prevenção (Diamante)</i></p>	<p>12. ASSISTENCIALISMO</p> <p>13. POLITICAGEM INFLUENCIA MEGATIVAMENTE NA ASSISTÊNCIA</p> <p>14. DIFICULDADE DA POPULAÇÃO ADERIR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO</p>

<p><i>se não tiver um gestor ou alguém que administra, que entenda realmente de saúde, teu trabalho fica zero (Esmeralda)</i></p> <p><i>Eles não sabem o que você está fazendo, porque você deveria fazer e quem que deveria fazer tal coisa(Esmeralda)</i></p>	<p>15. GESTOR NÃO SER DA ÁREA</p> <p>16. GESTOR AUTORITÁRIO</p> <p>17. DESCONHECIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO (GESTOR, POPULAÇÃO E DEMAIS PROFISSIONAIS)</p>
<p><i>mas vai fazer educação em saúde com um gestor que não entende nada de saúde, não consegue fazer nada(Ágata)</i></p>	<p>18. DIFICULDADE EM REALIZAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE</p>
<p><i>o que desmotiva, todo mundo vai estudar bem certinho, aí troca de prefeito e troca tudo(Esmeralda)</i></p> <p><i>falta de planejamento, o que existe em lei e em teoria não é feito na realidade (Ônix)</i></p>	<p>19. FALTA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE</p> <p>20. POLÍTICA PÚBLICA EFETIVA</p>
<p><i>quanto mais a gente atendeu, quanto maior for a nossa demanda em troca de voto(Rubi)</i></p> <p><i>Eles olham mais digamos a demanda médica(Jade)</i></p>	<p>21. GESTORES COBRAM ATENDIMENTO LIVRE DEMANDA</p> <p>22. SUPERVALORIZAÇÃO CONSULTA MÉDICA</p> <p>23. AVALIAÇÃO SOMENTE DA PRODUÇÃO (NÚMEROS)</p>
<p><i>Todos devem falar a mesma linguagem(Esmeralda)</i></p> <p><i>o secretário fala que sim, passa por cima de todo mundo, acabou(Rubi)</i></p> <p><i>nem ganhar pouco não é tão ruim quanto isso! Tu perder a tua palavra, a tua moral na frente do paciente(Esmeralda)</i></p>	<p>24. OS DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS E DOS SERVIÇOS DEVEM CONVERGIR</p> <p>25. VALORIZAÇÃO EXPERTISE PROFISSIONAL</p> <p>26. FORTALECER VÍNCULO ENTRE OS ENFERMEIROS DA REDE</p> <p>27. APOIO MÚTUO</p>
<p><i>uma potencialidade que eu gosto bastante é, nessa parte da estratégia é o vínculo que a gente tem com a população(Ágata)</i></p>	<p>28. AMPLIAR ACESSO</p> <p>29. VÍNCULO COM POPULAÇÃO</p> <p>30. INTERAÇÃO COM O PACIENTE</p>
<p><i>não considero o conselho municipal de saúde como uma ferramenta democrática, já que seus representantes são escolhidos “a dedo”(Rubi)</i></p>	<p>31. NÃO COMPREENSÃO SOBRE CONSELHO MUNICIPAL SAÚDE</p> <p>32. COMODISMO DA CATEGORIA PARA EXIGIR ESPAÇOS</p>
<p><i>ocupa menos material. Por exemplo, uma punção venosa ao invés de ficar fazendo no músculo. Leva em consideração o custo-benefício do procedimento”(Safira)</i></p> <p><i>Ou talvez o local mais apropriado para se fazer essa punção(Ametista)</i></p> <p><i>Talvez voltado mais para a atenção para o paciente, voltado mais à humanização (Cristal)</i></p> <p><i>Tem várias coisas que a gente faz buscando sempre o melhor. Mas na parte da Unidade Básica de Saúde ela diferencia um pouco do hospital, porque como é a parte mais preventiva, trabalhamos mais com grupos e prevenção na comunidade(Jade)</i></p>	<p>33. CONSIDERAM QUE UMA “MELHOR PRÁTICA” CONSIDERA CUSTO-BENEFÍCIO DO PROCEDIMENTO</p> <p>34. A MELHOR TÉCNICA EMPREGADA</p> <p>35. CONSIDERE O CUIDADO INTEGRAL</p> <p>36. CUIDADO HUMANIZADO</p> <p>37. MELHOR PRÁTICA NA APS SÃO OS TRABALHOS COM GRUPOS</p> <p>38. PREVENÇÃO NA COMUNIDADE</p> <p>39. MELHOR PRÁTICA: ROTINA DE ACOMPANHAMENTO FERIDAS CRÔNICAS</p> <p>40. PUERICULTURA</p> <p>41. GRUPOS DE GESTANTES, HAS E DM</p> <p>42. FALTA DE TEMPO</p>

<p><i>Acompanhar das feridas crônicas, você a diferença do teu trabalho, tu vê a excelência, o empenho que você teve ali. Isso que faz a diferença, esse trabalho que considero a minha melhor prática(Jade)</i></p> <p><i>um desenvolvimento ao fazer um acompanhamento com uma criança, porém precisaria mais tempo(Turmalina)</i></p>	
<p><i>é e daí ele vai para algum especialista, ele vai pra outro médico, daí ele volta de novo, e quase sempre sem retorno do outro profissional(Jade)</i></p>	<p>43. ROTATIVIDADE ALTA DO PACIENTE NA REDE</p> <p>44. FALTA DE COMUNICAÇÃO COM OUTROS PONTOS</p> <p>45. FALHAS NA ARTICULAÇÃO</p> <p>46. NÃO EXISTEM FLUXOS INSTITUÍDOS</p> <p>47. NÃO COMPREENSÃO REDE</p>
<p><i>fomos os três pesquisar pra ver qual seria a melhor cobertura para o curativo (Turmalina)</i></p> <p><i>sempre que mostrar que sabe das coisas as pessoas criam confiança (evidências científicas)(Ametista)</i></p> <p><i>“um dia que vocês estão fazendo isso (protocolos) eu quero acompanhar, eu quero aprender. Gostaria muito, sabe(Ametista)</i></p>	<p>48. NECESSIDADE EDUCAÇÃO PERMANENTE</p> <p>49. TER TEMPO PARA PESQUISAR</p> <p>50. TRABALHO EM EQUIPE</p> <p>51. MELHOR RESULTADO PACIENTE</p> <p>52. TROCA DE EXPERIÊNCIAS</p> <p>53. COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE</p> <p>54. BUSCAR CONHECIMENTO</p> <p>55. ENFERMEIRO PRECISA SE APROPRIAR DO CUIDADO</p>
<p><i>Um fator importante é o poder da negociação, partir da realidade da pessoa (Ametista)</i></p> <p><i>trabalho na saúde mental, e eu penso que uma boa prática foi trazer os familiares ou um acompanhante na consulta do paciente(Safira)</i></p>	<p>56. OBSERVAR NECESSIDADE E VONTADE DO PACIENTE</p> <p>57. CUIDADO MAIS EFETIVO</p> <p>58. INSERIR FAMÍLIA NO CUIDADO E TRATAMENTO</p> <p>59. BUSCAR SER INOVADOR NO SEU TRABALHO</p>

## APÊNDICE C – MATERIAL EDUCATIVO ELABORADO PARA O 1º MAMAÇO



Associação Hospitalar Padre João Berthier  
Rua Oswaldo Cruz, nº 56, Centro, São Carlos – Santa Catarina  
Tel: 49 3325 4255 – Email: berthier.hospital@gmail.com

### DICAS IMPORTANTES SOBRE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- Prepare-se psicologicamente para internar estando calma, confiando na equipe do hospital e atentando as orientações recebidas;
- Permitido um acompanhante durante o processo de parto/ nascimento durante toda a internação;
- Quanto à amamentação, o peito deve ser oferecido na primeira hora de vida do bebê, sendo a mamada mais importante que cria vínculo, o bebê se sente seguro pelo cheiro da mãe e traz imunidade, nutrientes e glicose essencial para o bebê;
- Não trazer e usar bico/chupeta no hospital, pois dificultam a pega no seio da mãe;
- Manter a calma, já que o bebê precisa aprender a mamar e a mamãe precisa aprender a amamentar, sendo um aprendizado em conjunto, que precisa de dedicação, paciência, sendo que terá todo apoio necessário;
- O leite materno é o alimento mais importante da vida do bebê, devendo ser exclusivo até o sexto mês, não sendo substituído de forma alguma com complementos e leites industrializados;
- É muito importante que o acompanhante esteja disposto a ajudar a mamãe nesse momento importante, dando-lhe apoio e colaborando, participando da troca de fralda, cuidados com o coto umbilical e banho, enquanto a puérpera não puder levantar da cama.

#### ENFERMEIRAS:

ELISE MACHRY; JAQUELINE FRANÇA; MÔNICA LUDWIG WEBER; TÂNIA GNOATTO.

## ANEXO I - PARECER COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO E GESTÃO EM ENFERMAGEM COMO SABERES NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: proposições para as boas práticas

**Pesquisador:** Carine Vendruscolo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79506717.6.0000.0118

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.380.748

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de proveniente do CEO, sob coordenação do Profa. Dra. Carine Vendruscolo e assistente Edlamar Kátia Adamy, 20 pesquisadores fazem parte da equipe devidamente identificados no projeto básico e no TCLE.

Pesquisa multicêntrica, desenvolvida com enfermeiros que atuam em ESF dos municípios das Macrorregiões de Saúde Grande Oeste e parte do Meio Oeste do Estado de SC. Serão envolvidos cinco hospitais de municípios sede das Macrorregiões. Após autorização, estes serão abordados via e-mail.

Estudo consta de duas etapas:

Na primeira etapa serão incluídos todos os profissionais conforme critérios de inclusão e exclusão, para a segunda etapa serão sorteados de um profissional por macrorregião, sendo agregados novos participantes conforme saturação dos dados.

A coleta de dados será desenvolvida em três etapas:

Etapa I (abordagem quantitativa): será aplicado questionário tipo survey, estruturado com variáveis

**Endereço:** Av. Madre Benvenuta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

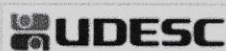
**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 2.380.748

que contemplam o perfil demográfico, processo de trabalho e as práticas desenvolvidas pelos profissionais. Questionário será encaminhado via e-mail para todos os enfermeiros das ESF e dos hospitais. O cálculo amostral será realizado em reuniões com os membros da pesquisa para (re)estruturação dos instrumentos pré-elaborados e respeitará o nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95% e proporção de 50%. A estratificação irá contemplar 96 municípios.

Etapa II (abordagem qualitativa): será aplicada entrevista semi-estruturada, mediante roteiro previamente testado, com os enfermeiros das ESF e hospitais, sendo que a amostra será delimitada aleatoriamente e encerrada mediante saturação dos dados, contudo será convidado ao menos um profissional por macrorregião. As questões das entrevistas serão voltadas às práticas realizadas pelos enfermeiros no âmbito da ESF e hospitais. Os instrumentos desta etapa serão construídos no coletivo. As entrevistas serão previamente, agendadas com os participantes e ocorrerão em locais que os deixe confortáveis e preservem a privacidade. Entrevistas serão gravadas em áudio, após autorização dos enfermeiros entrevistados.

Etapa III (propositiva): será realizada intervenção dos pesquisadores para reflexão e direcionamento da gestão e do cuidado de enfermagem na RAS, tendo em vista a PBE e os atributos da APS. A metodologia para esta etapa será guiada pela problematização dos resultados das etapas anteriores, mediante rodas de conversa, entrevistas coletivas ou grupos focais. Participarão os enfermeiros que fizeram parte da etapa II, de acordo com interesse e envolvimento com a proposta. Os enfermeiros da ESF e hospitais serão selecionados de forma aleatória. Na etapa propositiva ainda serão propostas intervenções de EPS para reflexão e direcionamento da gestão e do cuidado de enfermagem na RAS, tendo em vista a PBE e os atributos da APS.

A pesquisa será submetida ao CEP da UDESC e, mediante aprovação, terá início o período de coleta de dados. Será apresentada as CIR e hospitais das Macrorregiões envolvidas e, posteriormente, será melhor esclarecida aos municípios que serão selecionados para participarem da parte qualitativa (Etapa II).

Os pesquisadores relatam que "os direitos dos participantes serão preservados. Antes do início da coleta dos dados, os pesquisadores apresentarão o TCLE informando ao participante a justificativa do estudo, os objetivos e a maneira como ocorrerá sua participação. Será assumido o compromisso em relação ao anonimato e confidencialidade das informações. Será solicitada

**Endereço:** Av. Madre Benvenutta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.380.748

autorização para gravar em áudio as entrevistas. Para tanto, será assegurado aos sujeitos o direito de solicitarem que o gravador seja desligado quando desejarem que algo não seja registrado. Cada participante receberá a transcrição da sua entrevista para validar. As gravações ficarão armazenadas com a coordenadora, por cinco anos e, após, serão inutilizadas. Após o término da pesquisa será enviado uma cópia do Relatório Final aos participantes. As identidades dos participantes serão preservadas por meio de números ou codinomes."

**Critério de Inclusão:**

Atuar como enfermeiro na ESF ou hospital de referência do município há, pelo menos, um ano.

**Critério de Exclusão:**

Enfermeiros que, no período da coleta de dados, estiveram de licença ou afastados do serviço por qualquer motivo, ou que estiverem a menos de 6 meses no cargo, considerando período importante para apreensão do seu processo de trabalho.

Orçamento, fonte dos recursos, discriminação detalhada: R\$ 9.700,00 (custeio e capital)

Financiamento: próprio

Cronograma: de 01/02/2018 a 22/12/2021, detalhado em documento anexo

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Analisar práticas do enfermeiro na interface entre APS e outros níveis de atenção, tendo em vista a PBE e os atributos da APS

**Objetivo Secundário:**

- 1) Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca das boas práticas de enfermagem no contexto do cuidado ao usuário;
- 2) Conhecer/descrever as evidências utilizadas pelos enfermeiros nas práticas, no âmbito da

**Endereço:** Av.Madre Benvenutta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 2.380.748

Estratégia Saúde da Família (ESF) e hospitais de referência, tendo como referencial os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Prática Baseada em Evidência (PBE);

3) Identificar potencialidades e fragilidades no processo de trabalho dos enfermeiros inseridos na gestão e no cuidado de enfermagem no âmbito das RAS;

4) Estimular movimentos/intervenções de Educação Permanente em Saúde (EPS) para reflexão e direcionamento da gestão e do cuidado de enfermagem, tendo em vista a PBE e os atributos da APS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos, segundo a Resolução 466/2012. Considera-se que, pelo fato de responder a uma entrevista, o entrevistado possa sentir algum desconforto ou estresse. Em caso de desconforto ou estresse a entrevista ou grupo de discussão serão interrompidos até que o participante se sinta à vontade para retornar. O participante poderá também optar por encerrar a entrevista a qualquer momento da sua realização. Em caso de suscitar algum desconforto de fundo emocional ou psicológico, ele será encaminhado ao acompanhamento psicológico.

##### **Benefícios:**

Os benefícios do estudo são a qualificação do processo de trabalho dos enfermeiros da região estudada a partir do repensar dos profissionais sobre as boas práticas de enfermagem, bem como terão oportunidade de reestruturar seu processo de trabalho a partir dos indicadores e produtos da pesquisa em nível regional. Além disso, o estudo resultará da produção de conhecimento acerca das boas práticas de enfermagem e permitirá melhor compreensão do seu significado e possibilidade de aplicação no Brasil.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto encontra-se bem estruturado e de acordo com as normativas vigentes.

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

Projeto de Pesquisa Básico (PB) gerado pela Plataforma Brasil

Declaração de Instituição e Infraestrutura HRO

**Endereço:** Av. Madre Benvenutta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.380.748

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)  
Projeto de Pesquisa Detalhado (PD) inserido pelo pesquisador  
Declaração de Instituição e Infraestrutura HospJoaçaba  
Declaração de Instituição e Infraestrutura CIRXANXERE  
Declaração de Instituição e Infraestrutura CIRJOACABA  
Folha de rosto: datada, assinada, 900 participantes  
Cronograma  
Consentimento para fotografias, vídeos e gravações  
Ata e pauta\_ CIRSMO  
Declaração de Instituição e Infraestrutura HospitalPeJoao  
Declaração de Instituição e Infraestrutura CIRSMO  
Declaração de Instituição e Infraestrutura CIRChapeco  
Questionario\_ESF  
Questionario\_HOSP

**Recomendações:**

N/A

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

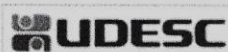
Projeto apto para Aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEP SH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEP SH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEP SH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEP SH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

**Endereço:** Av. Madre Benvenutta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 2.380.748

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1013948.pdf	01/11/2017 09:38:51		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoHRO.pdf	01/11/2017 09:37:26	Carine Vendruscolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/10/2017 08:36:39	Carine Vendruscolo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	23/10/2017 08:36:03	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HOSPITALJOACABA.pdf	19/10/2017 14:52:20	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CIRXANXERE.pdf	19/10/2017 14:51:44	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CIRJOACABA.pdf	19/10/2017 14:51:02	Carine Vendruscolo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	19/10/2017 14:50:41	Carine Vendruscolo	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	16/10/2017 10:35:18	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	consentimentoparafotografias.pdf	16/10/2017 10:19:39	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	AtaePautaCIRSMO.pdf	16/10/2017 10:15:10	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HospitalPeJoao.pdf	16/10/2017 10:14:38	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CIRSMO.pdf	16/10/2017 10:14:26	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CIRChapeco.pdf	16/10/2017 10:14:12	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	questionariosurveyhospital.pdf	16/10/2017 10:11:28	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	questionariosurveyESF.pdf	16/10/2017 10:11:03	Carine Vendruscolo	Aceito

**Endereço:** Av. Madre Benvenutta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 2.380.748

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Novembro de 2017

---

**Assinado por:**

**Renan Thiago Campestrini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av.Madre Benvenutta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

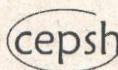
**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

## ANEXO II – APROVAÇÃO DA CIR- CHAPECÓ



**UDESC**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DE  
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado " **CUIDADO E GESTÃO EM ENFERMAGEM COMO SABERES NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: proposições para as boas práticas** " declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Chapecó, 05 / 10 / 2014

*Carine Vendruscolo*

Carine Vendruscolo

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UDESC

*Dilmar Baretta*

Dilmar Baretta

Profº Dilmar Baretta

Matrícula: 368032-0-02

Diretor Geral

UDESC

Nome: Dilmar Baretta

Cargo: Diretor Geral do Centro de Educação Superior do Oeste – CEO/UDESC

Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC/Oeste)

Número de Telefone: (49) 2049 9524

X *Alexandre Lencina Fagundes*

Presidente da Comissão Intergestores Regional (CIR) Oeste de SC

Nome: *ALEXANDRE LENCINA FAGUNDES*

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de *CUNHA DOBRO*

Número de Telefone:

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.  
Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: [cepsh.reitoria@udesc.br](mailto:cepsh.reitoria@udesc.br) / [cepsh.udesc@gmail.com](mailto:cepsh.udesc@gmail.com)  
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF- CEP: 70750-521  
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

### ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado intitulada **“ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA AS MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO”**, que fará encontros pautados na metodologia problematizadora dos Círculos de Cultura propostos por Freire, tendo como objetivos: 1) Construir um itinerário de EPS para fortalecer as melhores práticas em enfermagem na RAS; 2) Produzir material pedagógico instrucional com multimídia - minicurso - relacionado aos produtos gerados nesta pesquisa, vinculado ao Telessaúde SC; 3) Analisar a compreensão dos enfermeiros da RAS sobre as melhores práticas e 4) Identificar as potencialidades e desafios no desenvolvimento de melhores práticas em enfermagem na RAS. Serão previamente marcados a data e horário para os encontros, utilizando metodologias participativas e serão realizadas na sala de reuniões do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS situado na cidade de São Carlos - SC. Não é obrigatório participar de todas as oficinas.

O (a) Senhor (a) e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos decorrentes da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver atividades crítico-reflexivas, pois o senhor (a) poderá sentir algum desconforto ou estresse. Em caso de algum desconforto ou estresse, as atividades serão interrompidas até que o senhor (a) se sinta a vontade para continuar. Pode também optar em se retirar da atividade a qualquer momento. Em caso de ocorrer algum incômodo de fundo emocional, o senhor (a) será encaminhado ao acompanhamento psicológico da instituição de ensino UDESC.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número ou codinome de sua escolha.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a qualificação do processo de trabalho dos enfermeiros da região estudada a partir do repensar dos profissionais sobre as melhores práticas de enfermagem, bem como terão oportunidade de reestruturar seu processo de trabalho a partir dos indicadores e produtos da pesquisa em nível regional. Além disso, o estudo resultará da produção de conhecimento acerca das melhores práticas de enfermagem, permitirá melhor compreensão do seu significado e possibilidade de aplicação no Brasil e estímulo a incorporação da Educação Permanente em Saúde na RAS.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores abaixo relacionados, de acordo com instituição de origem:

INTEGRANTES	INSTITUIÇÃO
MÔNICA LUDWIG WEBER	UDESC/ Mestrado Profissional
CARINE VENDRUSCOLO	UDESC/ Aben– SC
ÉDLAMAR KÁTIA ADAMY	UDESC/ Aben– SC
KÁTIA JAMILE DA SILVA	UDESC/ Graduação de Enfermagem

O (a) senhor (a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

**NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO:**

Carine Vendruscolo

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 99920 3222

ENDEREÇO: Rua Barão do Rio Branco, 1044 E

ASSINATURA DO PESQUISADOR: \_\_\_\_\_

**PESQUISADOR ASSISTENTE:** Mônica Ludwig Weber

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 9 9984 4160

ENDEREÇO: Linha Marcelino, SN, Interior, São Carlos - SC

ASSINATURA DO PESQUISADOR: \_\_\_\_\_

**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPSh/UDESC**

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: [cepsh.reitoria@udesc.br](mailto:cepsh.reitoria@udesc.br)/  
[cepsh.udesc@gmail.com](mailto:cepsh.udesc@gmail.com)

**CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**

SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF-  
CEP: 70750-521

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conepl@saude.gov.br](mailto:conepl@saude.gov.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

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

## **ANEXO IV - CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES**

Permito que sejam realizadas fotografias, filmagens ou gravações de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada **“ITINERÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA AS MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO”**, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Nome do Sujeito Pesquisado

\_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito Pesquisado

**ANEXO V – TERMO DE NOMEAÇÃO CÂMARA TÉCNICA DA CIES**

ESTADO DE SANTA CATARINA  
AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE CHAPECÓ  
GERÊNCIA DA SAÚDE  
COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO OESTE/SC

**ATO DE NOMEAÇÃO**

O **Colegiado de Gestão Regional do Oeste de Santa Catarina** nomeia a Senhora Otilia Cristina Coelho Rodrigues, servidora da Gerência de Saúde da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional de Chapecó, como articuladora da **Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES**.

A CIES é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente, que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS (Art. 2º, §2º - Port. 1996/07), constituída por este Colegiado em reunião ordinária.

Fica instituída também a Câmara Técnica Pedagógica da CIES, composta pelos seguintes membros:

- **Representante da Gerência de Saúde da SDR Chapecó:**
  - Otilia Cristina Coelho Rodrigues e Deyse Angelini
- **Representante da Secretaria de Saúde de Chapecó:**
  - Gessiane Fátima Larentes e Maiara dos Santos Almeida
- **Representantes das Secretarias de Saúde da CIR Oeste:**
  - Natália Berlt Maihack – município de Palmitos
  - Ivanete Maria Althaus – município de Pinhalzinho
  - Jussara Tavares Castaldello – município de Jardinópolis
- **Representante dos Hospitais da Região Oeste**
  - Jussara dos Santos Valentini – Hospital Regional do Oeste – Chapecó
  - Monica Ludwig Weber – Hospital Padre João Berthier – São Carlos
- **Representante das Universidades**
  - Anderson Funai - Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Chapecó

---

Rua Nereu Ramos, 31-E, Centro, CEP 89801-020  
Chapecó / SC - Fone / FAX: (49) 2049-7470  
e-mail regchapeco@saude.sc.gov.br





ESTADO DE SANTA CATARINA  
AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE CHAPECÓ  
GERÊNCIA DA SAÚDE  
COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO OESTE/SC



- Carine Vendruscolo – Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC Oeste
- Altamir Trevisan Dutra – Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECO
- **Representante da AMOSC**
  - Geisa Muller de Oliveira
- **Representante dos Secretários Municipais de Saúde**
  - Ilco Franken

A Câmara Técnica Pedagógica terá como **membros da diretoria executiva** os profissionais abaixo relacionados:

Coordenador: Otilia Cristina Coelho Rodrigues

Vice Coordenador: Deyse Deyse Angelini

Secretária: Maiara dos Santos Almeida

Tesoureira: Ivanete Maria Althaus

As atribuições da Câmara Técnica Pedagógica estão definidas em conformidade com o Regimento Interno da CIES.



Alexandre L. Fagundes

Coordenador do Colegiado de Gestão Regional – Oeste/SC

Chapecó, 13 de julho de 2017.

Rua Nereu Ramos, 31-E, Centro, CEP 89801-020  
Chapecó / SC - Fone / FAX: (49) 2049-7470  
e-mail regchapeco@saude.sc.gov.br



**ANEXO VI – OFÍCIO CÂMARA TÉCNICA DA CIES PARA UNIVERSIDADES**

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional – Chapecó**  
**Gerência da Saúde**

Ofício nº028\_AB/2019

Chapecó, 12 de março de 2019.

Prezado(a) Senhor(a),

No mês de junho/2018 foi realizada a IV Oficina para elaboração/revisão Plano de Ações Regional para a Educação Permanente em Saúde – PAREPS. Contamos com a participação de mais de 80 profissionais, representantes do quadrilátero dos 27 municípios que fazem parte da região Oeste de SC, assim como representantes da Universidade Federal da Fronteira Sul, Unochapecó e UDESC.

Houve uma breve revisão das ações já desenvolvidas pela Comissão de Integração Ensino Serviço - CIES Oeste e através da apresentação dos presentes foi possível vislumbrar as ações que vem sendo desenvolvidos em parceria com os diferentes espaços: universidades, hospitais, consórcios, escola de formação em saúde, escola de saúde pública de SC e demais organismos institucionais.

Conceituamos um pouco os indicadores de saúde e capacidade instalada na região, assim como a atual organização das redes de atenção a saúde. Deste modo os participantes, divididos em cinco grupos de trabalho, fizeram a sugestão de temas a serem trabalhados enquanto estratégia de educação permanente em saúde – EPS - para a região Oeste de Santa Catarina.

Os temas elencados pelos participantes foram os seguintes:

- Estratégias para realização e organização de trabalhos em grupo;
- Práticas Integrativas e Complementares relacionadas às Doenças Crônicas não Transmissíveis;
- Inclusão social dos portadores de deficiências;
- Diagnóstico precoce das deficiências através das análises comportamentais
- Na área de saúde mental, foi colocada a necessidade de instrumentalizar a equipe multiprofissional para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários com transtornos mentais incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Sendo sugerida a disponibilização de um curso de especialização em Saúde Mental;
- Na área de urgência e emergência foi pontuada a necessidade de instrumentalizar os profissionais da Atenção Básica e dos Hospitais de pequeno porte para o manejo de usuários com alterações cardiovasculares, neurológicas, oncológicas, politraumas, distúrbios psiquiátricos, acidentes com animais peçonhentos, entre outros;

Rua Nereu Ramos, 31-E, Centro, CEP 89801-020, Chapecó / SC.  
Fone / FAX: (49) 20497470  
E-mail: [regchapeco@saude.sc.gov.br](mailto:regchapeco@saude.sc.gov.br)





**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional – Chapecó**  
**Gerência da Saúde**

- Foi solicitado apoio na elaboração, implantação, capacitação e implementação de protocolos assistenciais, tanto para equipes de Atenção Básica como para Hospitais de pequeno porte;
- Na área de saúde da mulher foi sugerida a realização de estratégias de educação permanente para a qualificação do pré natal na Atenção Básica, com foco na prevenção de agravos, tratamentos com práticas integrativas e complementares, preparação para o parto e acompanhamento puerperal e do recém-nascido em conformidade com as normativas da rede cegonha. Assim como momentos de qualificação para as equipes dos hospitais de pequeno porte, na lógica de qualificar a atenção ao parto e puerpério imediato;
- Estratégias para trabalhar o planejamento sexual e reprodutivo;
- Qualificação para utilização dos Sistemas de Informação em Saúde;
- Estratégias de integração entre vigilância em saúde e atenção básica; e
- Oficinas de desenvolvimento humano.

Considerando o acima exposto e vislumbrando o potencial das universidades no desenvolvimento destas ações através de projetos de extensão, vimos solicitar apoio para as qualificações das ações de EPS na região Oeste de SC.

Atenciosamente,

Otilia Cristina Coelho Rodrigues.

Coordenadora CIES Oeste - Atenção Básica – GERSA Chapecó

**ANEXO VII - TERMO DE PARCERIA PROJETO TELESSAÚDE - SC**

<http://telessaude.sc.gov.br> 401 48 3664 7282  
telessaude.sc@ouvidor.sc.gov.br 401 48 3721 4948

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

## **Termo de parceria entre o Telessaúde SC e a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)**

Instituições responsáveis pelo Projeto:

Universidade Federal de Santa Catarina

Universidade do Estado de Santa Catarina

Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

Instituições de Apoio

SGTES/DEGES/MS

SAS/DAB/MS

Florianópolis, 2019

**Termo de parceria entre o Telessaúde SC e o Grupo de Estudos sobre Trabalho e Saúde (GESTRA) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UDESC**

**Introdução/Justificativa  
(apresentação da demanda):**

A Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), por meio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC Oeste, cujas atividades se realizam em Chapecó/SC, tem participado amplamente de ações no âmbito da Educação Permanente em Saúde (EPS), seja por meio das atividades oriundas dessa modalidade de pós graduação, cuja pesquisa ação convida à elaboração de projetos de intervenção e/ou dissertações com produtos que atendam os cenários em que atuam profissionalmente as mestrandas; seja pela participação significativa na Política Nacional de EPS, com representação em nível regional e estadual nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Nessa direção, a UDESC ainda, mantém o Observatório de EPS de SC, em cooperação técnica com a Secretaria de Estado de SC (SES/SC), Divisão de Educação Permanente, com o objetivo de contribuir com a disseminação das informações sobre EPS no Estado, direcionado à gestores, profissionais, pesquisadores e comunidade em geral. Ainda, as professoras e estudantes do MAPS, por meio de projetos de pesquisa e extensão, desenvolvem atividades interinstitucionais, as quais envolvem a SES/SC e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Recente, o curso de Enfermagem da UDESC Oeste aprovou o Projeto PET Saúde/Interprofissionalidade, atendendo à convocação do edital 10/2018 do Ministério da Saúde (MS), cujos projetos desenvolvidos pela UDESC e instituições parceiras convergem para as ações de educação pelo trabalho, com foco na interprofissionalidade. Acreditamos que está e as demais iniciativas da UDESC Oeste, voltadas à educação pelo trabalho, com utilização de tecnologias virtuais, entre outras, contribuem, significativamente, para a aproximação da UDESC com os cenários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), aprimorando a lógica do trabalho em equipe e as práticas colaborativas em saúde, pressupostos que, atualmente, são discutidos no cenário das Américas, com vistas à qualificação e a formação permanente em saúde.

Uma recente pesquisa interinstitucional financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de SC (FAPESC), tendo como proponente a UDESC Oeste, por meio do Grupo de Estudos sobre Trabalho e Saúde (GESTRA), revelou que o Telessaúde SC tem sido referência e principal meio de educação permanente para equipes de apoio multidisciplinares dos serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Estado (VENDRUSCOLO, 2019 – PRELO), sendo que a Região Oeste, pela distância dos grandes centros de formação, reconhecidamente, está entre as regiões do Estado que acessam, periodicamente, essa ferramenta de EPS.

Tais apontamentos levam à necessidade de uma maior aproximação entre as instituições que, tendo essa vocação de promover ações de EPS em comum, podem juntar esforços para investir na formação permanente dos profissionais da RAS que opera na região Oeste e em todo o Estado de SC.

É importante destacar, nessa perspectiva, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem contribuindo para o aprimoramento do modelo de trabalho em saúde que possibilita melhorar o acesso e a resolatividade da ABS. Assim, a ESF pode ser compreendida como uma inovação tecnológica, por se apoiar em princípios teóricos e políticos, utilizados para superar as concepções tradicionais de saúde. Entretanto, essa inovação não desconsidera os saberes e práticas relevantes do cuidado clínico, encontrados nos modelos tradicionais (SORATTO et al., 2015).

Na atual versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o MS estabelece a revisão da organização da ABS, mediante novas diretrizes para a organização do componente na RAS (Brasil, 2017). Foram redefinidos ações e serviços ofertados neste nível de atenção, seguindo padrões essenciais e ampliados de acesso e qualidade, em que os básicos se referem às condições essenciais e os ampliados, à procedimentos estratégicos para alcançar padrões elevados. Nessa direção, a nova PNAB trouxe a identificação da figura “Gerente” na ABS, recomendando a inclusão deste profissional para aprimorar e qualificar o processo de trabalho das equipes.

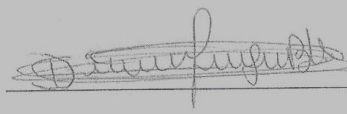
Um dos profissionais com destaque nas equipes de SF é o enfermeiro, pela sua capacidade. A enfermagem realiza cuidados individuais e coletivos para diferentes grupos populacionais e inclui, em seu escopo de ações, atividades de prevenção de doenças, promoção da saúde e cuidado clínico de pessoas doentes, visando a sua recuperação. Para isso, necessita de uma formação que prepare para atuar como promotor da saúde integral do ser humano, na perspectiva da determinação social do processo saúde doença, tendo como foco as necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades. Essa formação generalista, humanista, crítica e ético-legal, em diferentes níveis de atenção à saúde e do cuidado de enfermagem, confere ao enfermeiro a possibilidade de trabalhar com resolubilidade no âmbito da ABS (ABEn, 2014).

Ao pensar nas demandas que são oriundas dessa nova realidade no cenário das práticas em saúde, acredita-se que desenvolver uma prática resolutiva, pautada na excelência em condicionar o cuidado e desenvolver o papel gerencial na ABS, seja um caminho profícuo no desenvolvimento e aprimoramento dos instrumentos de trabalho dos profissionais que desempenham essa função, pois podem promover a resolubilidade na assistência, por meio de atribuições que garantem a legitimidade e a cientificidade no desempenho de suas atividades.

Não obstante, outra demanda que faz parte do cotidiano da assistência em saúde e enfermagem tem a ver com os profissionais que atuam nos serviços de ABS e que recebem acadêmicos para estágios obrigatórios, principalmente os não supervisionados. Via de regra, eles não contam com preparo pedagógico adequado para o desenvolvimento dessa atividade, o que dificulta a articulação ensino e serviço e a própria formação pelo trabalho, conforme orientações constitucionais que atribuem ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação de recursos humanos para atuar nessa área (BRASIL, 1988). Muitas vezes, os profissionais que recebem os estudantes desconhecem o Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC) das Universidades, assim como os objetivos e contexto que norteiam os estágios. Na Região Oeste, pelo aumento considerável de cursos de graduação e pós-graduação em saúde, faz-se

	<p>necessária essa formação permanente. Soma-se a isso, o próprio nascimento do Curso de Mestrado (MAPS), pioneiro na Região, o qual como argumentado, tem por vocação a formação para o trabalho, com vistas a contribuir com a qualificação dos profissionais e dos cenários da prática (serviços de saúde) nos quais atuam. Assim, as mestrandas são enfermeiras que atuam profissionalmente nos mais diversos pontos da RAS, na Região Oeste e, por isso, reconhecem os problemas oriundos da prática, podendo contribuir para a transformação, na direção da qualificação das práticas, inclusive, por meio da tele-educação.</p> <p>Diante desses desafios para aproximar o ensino e o serviço e fazer com que essa articulação traga benefícios para ambos os cenários, articulando a teoria e a prática em saúde e promovendo, principalmente, a melhoria das práticas de saúde desenvolvidas na ABS, considera-se necessária a construção de novas abordagens/metodologias que favoreçam o profissional inserido na ABS, a fim de conseguir extrair dessa convivência com os acadêmicos dos cursos da área da saúde em estágio, conhecimento e prática adequada para transformar suas habilidades profissionais e fortalecer a assistência. Isso poderá, inegavelmente, contribuir para a formação dos futuros trabalhadores do SUS.</p> <p>Com base nessa contextualização, admite-se a necessidade de criar estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltadas às demandas apresentadas, quais sejam:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) provocar a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da ABS para a gestão e o cuidado em saúde;</li> <li>2) Provocar a reflexão e instrumentalizar enfermeiros que atuam no cuidado em serviços da ABS, para a prática e o cuidado em saúde.</li> <li>3) preparar pedagogicamente, profissionais que atuam nos serviços de ABS, para receber e contribuir com a formação permanente dos estudantes, futuros profissionais de saúde.</li> </ol>
<b>Público Alvo:</b>	Profissionais de saúde e gestores que atuam em serviços e equipes de ABS.
<b>Objetivo Geral e específicos</b>	<p><b>Objetivo geral:</b></p> <p>Criar material pedagógico instrucional com multimídia, a fim de dar visibilidade à produção do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC e contribuir com a Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado de Santa Catarina (SC).</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Criar uma base junto ao Telessaúde SC, utilizando diferentes recursos de mídia, sobre temas no âmbito da ABS visando promover a EPS em SC;</p> <p>Promover a criação de cursos de curta duração a partir dos temas das dissertações produzidas junto ao GESTRA, no âmbito do MPEAPS da UDESC;</p>

	<p>Compartilhar os produtos técnicos e tecnológicos desenvolvidos no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC.</p> <p>Promover a integração da UDESC Oeste com o Telessaúde SC, fomentando a EPS no Estado de SC;</p> <p>Contribuir com a produção técnica científica da área da saúde, sobretudo da educação e gestão do trabalho em saúde;</p> <p>Atender as demandas regionais de material didático instrucional para EPS.</p>
<b>Metodologia:</b>	<p>Serão elaborados minicursos a distância, no formato autoinstrucional, pelo qual o próprio aluno organiza seu tempo de estudo dentro do prazo determinado, conduzindo seu processo de aprendizagem a partir da leitura dos materiais e realização das atividades.</p> <p>Serão elaboradas matrizes de conteúdo para cada minicurso proposto, indicando carga horária, unidades de aprendizagem, conteúdos e objetivos específicos que orientarão a produção de materiais escritos e em vídeo.</p> <p>Realização de webpalestras com temáticas que irão contribuir com a educação permanente dos profissionais e gestores da ABS.</p>
<b>Atividades de cada parceiro:</b>	<p>Ao GESTRA cabe propor junto com o Telessaúde SC as matrizes de conteúdo para produção de minicursos, bem como indicar e administrar a participação de conteudistas para produção dos objetos de aprendizagem definidos nas matrizes.</p> <p>Ao Telessaúde SC cabe disponibilizar os profissionais da equipe de tele-educação para revisão pedagógica dos materiais elaborados, realizar o design gráfico dos objetos de aprendizagem, agendar e gravar as videoaulas previstas nas matrizes, agendar e organizar a transmissão de Webpalestras acordadas, montar os minicursos no Ambiente Virtual de Aprendizagem (Moodle Telessaúde SC) para oferta dos minicursos elaborados.</p>
<b>Contato conteudista (telefone/e-mail):</b>	<p>Prof. Dra. Carine Vendruscolo: <a href="mailto:carine.vendruscolo@udesc.br">carine.vendruscolo@udesc.br</a>          Dra. Letícia de Lima Trindade: <a href="mailto:letrindade@hotmail.com">letrindade@hotmail.com</a>          Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche: <a href="mailto:denise9704@gmail.com">denise9704@gmail.com</a></p>
<b>Cronograma:</b>	A ser definido.



Dilmar Baretta

Diretor Geral da UDESC Oeste

 Prof.ª Dilma Baretta  
 Matrícula: 388032-0-02  
 Diretor Geral  
 CEO / UDESC


Coordenadora de Tele-educação Telessaúde  
SC