

EDUCAÇÃO PERMANENTE E HUMANIZAÇÃO NA TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

CONTINUING EDUCATION AND HUMANIZATION IN THE TRANSFORMATION OF PRIMARY HEALTH CARE PRACTICES

EDUCACIÓN PERMANENTE Y HUMANIZACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN DE PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

 Maria Tereza Soares Rezende Lopes ¹
 Célia Maria Gomes Labegalini ¹
 Maria Elisabeth Kleba da Silva ²
 Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera ¹

¹ Universidade Estadual de Maringá – UEM, Departamento de Enfermagem. Maringá, PR – Brasil.

² Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO, Departamento de Enfermagem. Chapecó, SC – Brasil.

Autor Correspondente: Maria Tereza Soares Rezende Lopes
E-mail: mtrezalopes@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Maria Tereza S. R. Lopes, Célia M.G. Labegalini, Vanessa D. A. Baldissera; **Conceitualização:** Maria Tereza S. R. Lopes, Vanessa D. A. Baldissera; **Gerenciamento do Projeto:** Maria Tereza S. R. Lopes; **Investigação:** Maria Tereza S. R. Lopes, Célia M.G. Labegalini, Maria Elisabeth K. Silva, Vanessa D. A. Baldissera; **Metodologia:** Maria Tereza S. R. Lopes, Célia M.G. Labegalini, Vanessa D. A. Baldissera; **Redação - Preparação do original:** Maria Tereza S. R. Lopes, Célia M.G. Labegalini, Maria Elisabeth K. Silva, Vanessa D. A. Baldissera; **Redação - Revisão e Edição:** Maria Tereza S. R. Lopes, Célia M.G. Labegalini, Maria Elisabeth K. Silva, Vanessa D. A. Baldissera; **Validação:** Maria Tereza S. R. Lopes.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 11/04/2018

Aprovado em: 12/12/2018

RESUMO

Objetivou-se avaliar os processos de organização e implantação da humanização segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica. Realizou-se pesquisa com abordagem qualitativa, na perspectiva avaliativa ancorada na teoria da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, desenvolvida com 53 trabalhadores de unidades básicas de saúde de um município do estado do Paraná. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e transcritos na íntegra. Os resultados foram apresentados em três matrizes avaliativas que evidenciaram a implantação e organização da humanização conduzida por práticas de educação permanente em saúde, destacando-se a gestão, as práticas coletivas e a academia como impulsionadores desse processo. As Políticas de Educação Permanente e de Humanização têm influenciado de forma positiva os processos de trabalho das equipes de saúde na atenção básica, no sentido de transformação de práticas e saberes.

Palavras-chave: Educação Continuada; Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the processes of organization and implementation of humanization according to the National Policy of Continuing Education in Primary Health Care. Qualitative research was carried out in an evaluative perspective anchored in the National Policy of Continuing Education in Health developed with 53 workers from primary health care units of a municipality in the state of Paraná. Data were collected through focal groups and transcribed verbatim. The results were presented in three evaluative matrices that evidenced the implantation and organization of humanization conducted by continuing health education practices, emphasizing management, collective practices, and the academy as drivers of this process. The Policies of Continuing Education and Humanization have positively influenced the work processes of health teams in primary care, in the sense of transforming practices and knowledge.

Keywords: Continuing Education; Humanization of Care; Primary Health Care.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los procesos de organización e implantación de la humanización según la Política Nacional de Educación Permanente en Salud en la atención primaria. Investigación con enfoque cualitativo, dentro de la perspectiva evaluativa anclada en la teoría de la Política Nacional de Educación Permanente en salud, realizada con 53 trabajadores de unidades básicas de salud de un municipio del estado de Paraná. Los datos fueron recogidos a través de grupos focales y transcritos integralmente. Los resultados fueron presentados en tres Matrizes Evaluativas que mostraron la implantación y organización de la humanización llevadas a cabo por prácticas de educación permanente en salud, realizando la

Como citar este artigo:

Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, Baldissera VDA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em _____. _____. ____];23:e-1161. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190009

gestión, las prácticas colectivas y la academia como propulsoras del proceso. Las políticas de educación permanente y de humanización han contribuido positivamente a los procesos de trabajo de los equipos de salud en la atención primaria, en el sentido de transformar sus prácticas y saberes.

Palabras clave: Educación Continuada; Humanización de la Atención; Atención primaria a la salud.

INTRODUÇÃO

A trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por grandes avanços no acesso e na qualidade do serviço, impulsionados por seus princípios e diretrizes. Contudo, a política de gestão do trabalho ainda clama por avanços, necessários no sentido de formar e mobilizar os profissionais de saúde para que estes sejam capazes de aglutinar transformações em torno de duas questões principais: a gestão dos processos, com enfoque na atuação dos trabalhadores no sistema, e os processos de qualificação da força de trabalho, para que os trabalhadores possam atender às necessidades de saúde da população.¹

Embora a academia seja aglutinadora de saberes e nova prática, sabe-se da necessidade de impulsionar o modelo curricular e pedagógico de formação dos profissionais de saúde para aproximar-se cada vez mais dos referenciais teóricos e filosóficos do SUS, tal qual a articulação academia-serviço se propõe. Dessa forma, poderá avançar na adequada formação que culmine em cuidado problematizado, humanizado e de qualidade.²

A fim de enfrentar essa fragilidade, programas e políticas públicas de saúde têm sido implantados para melhorar a formação de seus trabalhadores, adotando a concepção problematizadora de educação no âmbito da saúde, sobretudo a transformação nos processos de trabalho das equipes.^{1,3}

Entre elas residem as chamadas políticas transversais, que perpassam todas as outras, modelando uma nova forma de fazer e pensar nas práticas de gestão e cuidado, são elas: a Política Nacional de Humanização (PNH), que buscou fortalecer e reorganizar o SUS com o aprimoramento da qualidade da atenção e da gestão, e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), vocacionada em uma estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.^{1,3,4}

A PNEPS e a PNH compartilham a mesma intencionalidade de transformação de práticas, uma vez que ambas buscam o aprimoramento dos processos de trabalho a partir do protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS que estão diretamente implicados no processo de produção de saúde. Essas políticas, portanto, se complementam, pois enquanto a PNEPS busca o aprimoramento na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde para que estes atuem de forma efetiva no sistema público de saúde, a PNH define dire-

trizes, dispositivos e ferramentas para dar operacionalidade às práticas humanizadoras que compõem esse processo.⁵

Portanto, a PNEPS mostra-se como um dos mais relevantes instrumentos para a garantia da força de trabalho voltada para o cuidado humanizado, uma vez que o SUS é um processo social em construção e que os profissionais de saúde são importantes sujeitos desse processo.³

Importante destacar que a atenção básica se tornou *locus* das políticas de humanização e de EPS, pois ambas importantes ferramentas de gestão que acompanham os avanços do conhecimento e favorecem a proposição de soluções viáveis aos problemas de saúde que constituem o cotidiano da atenção básica.⁶

Logo, considerando, a relevância da força de trabalho para o SUS, a implicação da EPS para a transformação das práticas de saúde na perspectiva da humanização e as diretrizes e dispositivos da PNH para esse fim, no âmbito da atenção básica é que se justifica o presente trabalho.

OBJETIVO

Avaliar os processos de organização e implantação da humanização segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na atenção básica.

METODO

Pesquisa com abordagem qualitativa, na perspectiva avaliativa, ancorada na teoria da PNEPS, desenvolvida na atenção primária à saúde de um município da macrorregião noroeste do estado do Paraná, Brasil.⁷

Os participantes foram 53 profissionais de saúde de seis das 34 unidades básicas de saúde (UBS) existentes no município.

O processo de escolha das UBS e dos participantes incluídos no estudo seguiu critérios de inclusão: trabalhadores das UBS que tinham mais de um ano de funcionamento no mês de dezembro de 2015; trabalhadores das UBS que possuíam algum dispositivo de humanização implantado.

Para tanto, primeiramente foram levantadas, na Secretaria Municipal de Saúde, as UBS que atendiam a esse critério. De posse dessa lista, foi realizado sorteio de seis UBS, utilizando-se a estratificação pelo número total de trabalhadores em cada uma, sendo: duas UBS com até 40 trabalhadores, duas que possuíam entre 41 e 60 trabalhadores e duas com 61 trabalhadores ou mais. Todos os trabalhadores das diversas categorias profissionais e distintas formações foram convidados a participar da pesquisa.

Para a coleta de dados utilizou-se o grupo focal, por ser uma técnica dialógica que se delinea na interação grupal e construcionista para a problematização sobre um tema ou foco específico. É considerada uma técnica adequada e eficaz

para explorar as percepções dos participantes sobre o processo de implantação da PNH na atenção básica.⁸

Como instrumento para o grupo focal foi utilizado um roteiro composto de questões disparadoras relacionadas aos pressupostos da PNEPS, elaborado pelas pesquisadoras e submetido à adequação por sete juízes com experiência na temática.³ As questões foram adequadas, seguindo as orientações dos juízes, e testadas previamente em um grupo focal piloto, realizado em uma UBS, que não fazia parte do estudo.

Foram conduzidos seis grupos focais de composição heterogênea, com tempo médio de 50 minutos, com participação entre seis e 14 profissionais por UBS. Ocorreram entre os meses de março e junho de 2016.⁸ Os grupos focais foram conduzidos por dois enfermeiros pesquisadores – um condutor do grupo e outro observador – ambos previamente preparados para a técnica. As discussões dos grupos foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise por meio da construção de matrizes avaliativas, e estas foram discutidas à luz da PNEPS.⁷

Os resultados foram então apresentados nas matrizes avaliativas (Figuras 1, 2 e 3), que clarificam a questão do estudo, dividindo-os a partir de três questões disparadoras, a saber: a) como foi implantada a humanização nas UBS do estudo e quais foram os principais indutores desse processo? b) quais as estratégias e ações desenvolvidas para implantar e organizar a humanização na unidade? c) quais foram os parceiros no processo de implantação da humanização nas UBS?⁷

O projeto respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer número: 1.407.709/2015 – CAAE nº 51847115.3.0000.0104).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 53 profissionais, sendo médico, enfermeiros, dentistas, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), agentes comunitários de saúde, auxiliares de Enfermagem, auxiliares de farmácia, auxiliares administrativos, técnicos de saúde bucal, auxiliar de consultório dentário e auxiliar de serviços gerais. Eram predominantemente do sexo feminino e atuavam, em média, 8,5 anos na UBS.

Em todas as UBS do estudo, os relatos dos participantes evidenciaram que o processo de implantação, organização e desenvolvimento dos dispositivos da humanização foi permeado por movimentos de EPS.

Assim, as matrizes ressaltaram quais foram os movimentos de EPS que ocorreram no cotidiano das equipes e quais os efeitos que esses movimentos produziram na implantação de dispositivos de humanização na atenção à saúde, conforme se segue.

DISCUSSÃO

No que se refere ao potencial ordenador de EPS originado pelas esferas gestoras (Figura 1), foi possível apreender que para a implantação dos dispositivos da PNH – acolhimento, classificação de risco, melhoria da ambiência, clínica ampliada, gestão e a estratificação de risco – as equipes utilizaram-se das premissas da PNEPS suscitadas pela própria gestão municipal ou pela PNH, que promove apoio por meio de material disponibilizado na internet, cursos e consultoria de equipes técnicas do Ministério da Saúde para incentivar a reflexão sobre novas práticas de gestão e de atenção à saúde.⁹

Um movimento formativo importante, de direcionamento da gestão estadual, que estimulou a humanização nas UBS do estudo foi o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS). Esse programa foi criado pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, em 2011, e tinha como missão qualificar as equipes por meio de oficinas, envolvendo as regionais de saúde, os municípios e as universidades. Pode-se inferir que o APSUS empregou as premissas da PNEPS, pois foi desenvolvido de modo a permitir que seus participantes vivenciassem as atividades educativas em grupos, usando metodologias ativas, problematizadoras, dialógicas e interdisciplinares, com processos de ação-reflexão-ação da prática profissional e de sua realidade.¹⁰

Sendo assim, o APSUS foi reconhecido pelos participantes como potencializador da EPS e como uma ferramenta humanizadora da atenção à saúde, pois alterou as práticas de saúde, sobretudo na estratificação de pessoas com condições crônicas, com evidente protagonismo do trabalhador para esse fim, tal qual evidenciado nos grupos focais. As premissas da PNEPS estiveram presentes nos momentos das discussões da rotina de trabalho e reuniões e, portanto, foram fundamentais para que houvesse a transformação e a implantação de novas práticas para diminuir a fragmentação da gestão e cuidado e ampliar os espaços coletivos de diálogo e pactuações, além da criação de relações interpessoais saudáveis, a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.^{3,9}

Dessa forma, as concepções teórico-filosóficas da PNEPS corroboraram as diretrizes da PNH e se mostraram um caminho viável para a implantação da humanização na gestão e no serviço. O cunho dialógico e problematizador, valorizando os indivíduos e suas contribuições para a consolidação do SUS, transcenderam a simples aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras e se apresentaram como uma alternativa para enfrentar o problema da fragmentação da gestão e do cuidado, de modo a aprimorar os processos de trabalho, com mais reflexo no campo da gestão local dos cenários em estudo.^{3,9}

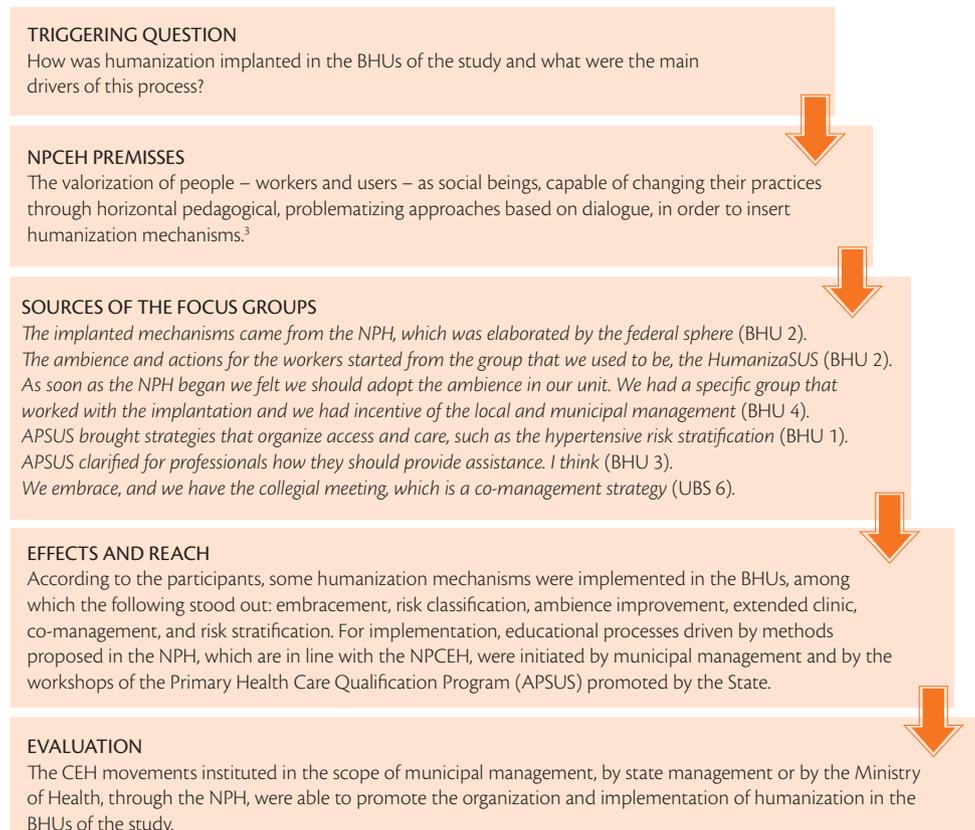


Figura 1 - Matriz avaliativa da implantação da humanização na atenção básica, por meio da PNEPS.

Este estudo também avaliou que instrumentos de EPS foram indutores da PNH (Figura 2). Nessa direção, as práticas coletivas se constituíram em cenários onde se concretizaram práticas de EPS, por meio das reuniões, dos apoios mútuos, das trocas de experiências no matriciamento e nos momentos de estudo em equipe. Portanto, essas práticas apresentaram-se como uma construção coletiva, diversificada, complexa e atual, que buscou responder às necessidades envolvidas no trabalho em equipes.¹¹ Destaca-se a relevância desse coletivos na atenção básica, em que o enfoque multiprofissional exige dos profissionais de saúde não só os conhecimentos técnicos, mas também a capacidade para trabalhar em equipe e habilidades de comunicar-se com os demais profissionais e com a comunidade, tal qual discutido pelos grupos deste estudo. É nesse diálogo coletivo que a EPS acontece e favorece a resolutividade pela colaboração mútua entre os diversos profissionais, permitindo a qualidade e a integralidade da atenção permeada pela humanização e excelência.^{12,13,14}

O matriciamento, reconhecido como uma metodologia de EPS pelos participantes, buscou organizar o trabalho interprofissional, tanto entre as equipes, quanto entre as redes de atenção à saúde, pautado nos conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, de interdisciplinaridade e de visão am-

pliada do processo saúde-doença-cuidado para a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre as equipes multiprofissionais.¹⁵

As reuniões de trabalho, também descritas como materialização da EPS, possibilitam o planejamento coletivo atrelado aos conceitos de território, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, entre outros vinculados ao trabalho na ESF que caminham para práticas humanizadoras.¹⁶ Também é importante considerar que as reflexões em equipe se desenvolvem, muitas vezes, pelos distintos mecanismos de encontros, seja pelas conversas informais ou reuniões de e são condições que efetivam tanto a gestão participativa inerente à PNH quanto à PNEPS, por favorecer mudanças.¹⁷

Sobre isso se afirma que pensar em conjunto e criticamente a prática de ontem é estratégia eficaz para se melhorar a próxima prática, desvelando a potencialidade da reflexão em equipe para as transformações cotidianas que efetivam as EPS.¹⁸ A esse respeito, as práticas de planejamento e de avaliação nos serviços pelo coletivo de atores e, logo, de gestão participativa, são tecnologias que oportunizam o aprendizado e a troca dos saberes, pois reduzem a alienação dos trabalhadores de saúde no processo de trabalho, conferindo o seu protagonismo na produção de saúde.¹⁹

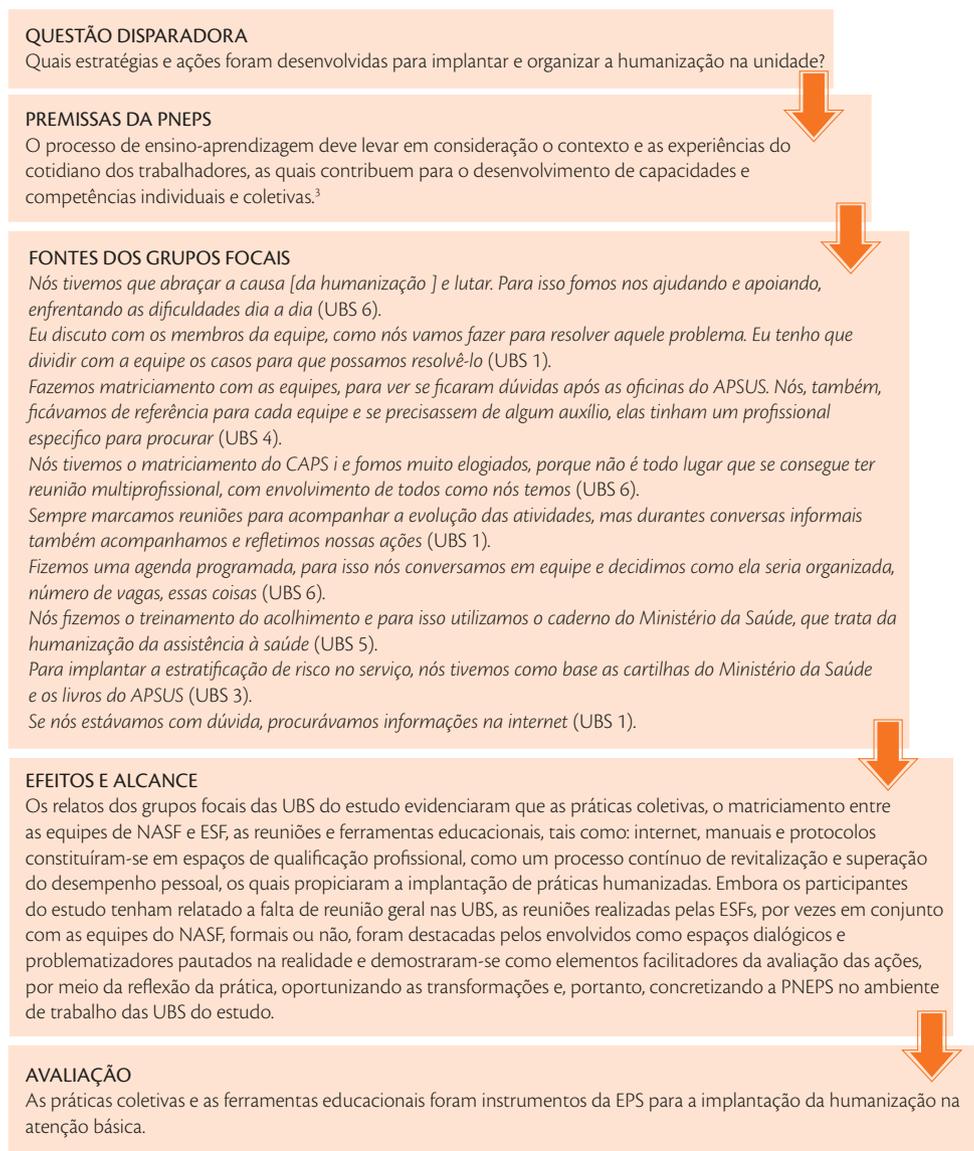


Figura 2 - Matriz avaliativa das práticas educativas para a implantação da humanização.

A construção coletiva do trabalho, oportunizada pela gestão participativa, contribui para a ampliação da autonomia e o empoderamento dos profissionais, com a utilização de processos educativos autênticos que oportunizam as pessoas a assumirem a condição de sujeitos criativos, capazes de transformar a realidade e, a partir dessa transformação, transformar a si mesmas, tal qual se propõe a PNEPS.²⁰

A aprendizagem dialógica significa que podemos encontrar outros pontos de vista e diferentes formas de ver e conhecer, o que leva a refletir sobre as opiniões e percepções de outros. A partir dessas reflexões, minha conexão com outras subjetividades muda e, como resultado, produz um aprendizado.²¹

Os relatos dos grupos focais evidenciaram também a utilização de materiais educativos elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, como apoio para a

EPS, tais como: manuais, cartilhas e cadernos, disponíveis pela internet, além de auxílio dos outros colegas e buscas na internet. Esses materiais disponibilizados pela internet são de fácil e amplo acesso e promovem a reflexão sobre diversos modelos de práticas de atenção e de gestão.

O uso de recursos computacionais, também citado pelos participantes, é uma forma de incentivo e facilitação do acesso à busca de conhecimento e vem se consolidando como proposta inovadora no campo da educação.²²

Nesse sentido, as ferramentas de apoio pela internet foram salientadas nos relatos como complemento e apoio nos processos de aprendizagem locais, configurando a PNEPS, especialmente pela busca de saberes de forma autônoma e centrada nas necessidades particulares dos profissionais balizadas pela prática.^{3,9}

A tecnologia, tal qual os achados deste estudo, pode ser considerada um caminho para a educação libertadora, considerando o seu acesso democrático e a sua abrangência textual. Ela é capaz de alcançar as diversas necessidades e realidades pessoais e, nesse sentido, definem-se como premissas da PNEPS, essenciais para sua efetivação.³

Por fim, foi avaliado que a integração academia-serviço (Figura 3) é potencializadora da PNH e da formação profissional, quando adotada por meio de metodologia que promove a articulação e o compartilhamento de saberes distintos que se complementam, instaurando uma nova perspectiva pedagógica. Esse movimento enaltece a formação profissional com resultados perceptíveis para a gestão e atenção em saúde, bem como para a formação profissional, anunciando oportunidade de EPS por estar envolvida com a transformação dos serviços de saúde, que se configuram como campo de saúde e de ensino.³ Essas estratégias foram evidentes neste estudo e seus participantes ressaltaram que a academia foi um estímulo e parceiro para a incorporação de práticas humanizadas no cotidiano de trabalho das equipes, permeado pela PNEPS.

Enfatiza-se, portanto, que as experiências de integração academia-serviço podem promover a reorganização do ensino e da assistência à saúde, especialmente por meio de momentos educativos, discussão de casos, reflexões coletivas, gestão participativa e na implantação de novos serviços.^{23,24} Dessa forma, o

estritamento das relações entre instituições formadoras e serviços de saúde pode suprir a lacuna, citada na literatura, entre teoria e prática.² Essa integração contribui para um sistema público de saúde mais resolutivo e de qualidade, tal qual foi comprovado neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário em tela, as práticas de EPS conduziram a implantação dos dispositivos da PNH, especialmente por meio de iniciativas da própria PNH, do APSUS, da gestão municipal, de práticas coletivas, pelo uso de ferramentas educacionais e pela aproximação efetiva da academia com o serviço.

Cabe ressaltar a importância da dialogicidade e do protagonismo de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os espaços de diálogo são cenários imprescindíveis para o desenvolvimento da PNEPS, como mostrou este estudo. Da mesma forma, as ferramentas que oportunizem o protagonismo dos profissionais e sua busca por novos saberes e novas práticas são relevantes para a implantação da humanização no serviço, tal qual os materiais de apoio permeados por tecnologia de fácil acesso nos ambientes de trabalho.

Realça-se a necessidade de se adotar estratégias de integração ensino-serviço, tal qual foi clarificado neste estudo, para que se possa vencer o desafio do despreparo dos profissionais para atuar na atenção básica.

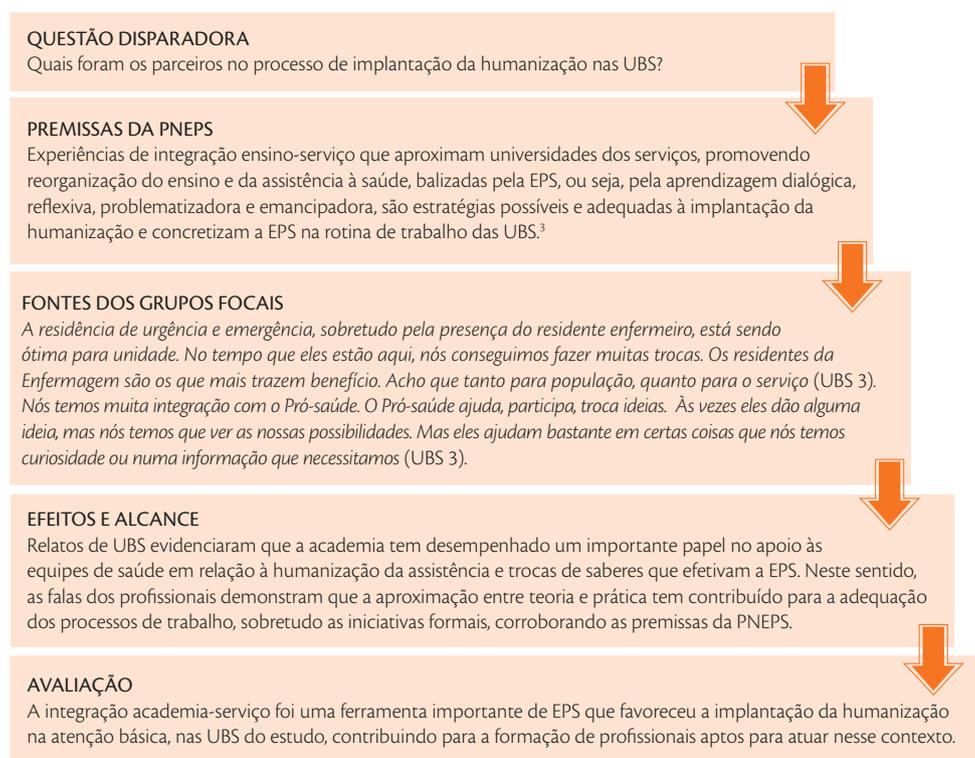


Figura 3 - Matriz avaliativa sobre a interação entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem.

Esta pesquisa apresenta dados restritos a um contexto local e não permite a generalização dos resultados. Dessa forma, pesquisas com maior abrangência são de fundamental importância para relacionar a humanização e a educação permanente nas transformações das práticas e da gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018. Programa para o fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 39p. [citado em 2018 abr.18]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>.
2. Damiance PRM, Tonete VLP, Daibem AML, Ferreira MLMS, Bastos JRM. Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. *Trab Educ Saúde*. 2016[citado em 2018 out. 18];14(3):699-721. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300699&lng=pt&tlng=pt
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília: MS; 2014. 120 p. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf.
4. Amarante DS, Cerqueira MA, Castelar M. Humanização da saúde pública no Brasil: discurso ou recurso? *Rev Psi Divers Saúde*. 2014[citado em 2017 abr. 12];2(1):68-73. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/463>
5. Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface Comunic Saúde Educ*. 2016[citado em 2018 out.18];20(59):981-91. Disponível em: DOI: 32832016005017102&lng=pt&rm=iso&tlng=en
6. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde Soc*. 2014[citado em 2018 out.12];23(1):265–76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100265&lang=pt
7. Magalhães R. Implementação de programas multiestratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2014[citado em 2017 abr. 12];7(19):2115-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-812320140007021115&script=sci_abstract&tlng=pt
8. Sehnem GD, Alves CN, Wilhelm LA, Ressel LB. Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015[citado em 2018 out.12];14(2):1194. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21960>
9. Ministério da Saúde (BR). Humanizaus: documento base para trabalhadores e gestores do SUS. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2010. 72 p.
10. Paraná (SC). Secretaria do Estado da Saúde. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. [201?]. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>
11. Araújo E, Galimberti P. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicol Soc*. 2013[citado em 2017 abr. 12];25(2):461–8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>
12. Rey-Gamero A, Ramírez NA. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013[citado em 2017 abr. 12];12(25):28–39. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7125/5642>
13. Van Dongen JJJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniels R, Van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 2016[citado em 2017 abr. 12];17(1):58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27233362>
14. Dias MSDA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2017 abr. 12];19(11):4371–82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>
15. Castro CP, Campos GWS. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*. 2015[citado em 2017 abr. 12];26(2):455–81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200455&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Leite LS, Rocha KB. Educação permanente em saúde: como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estud psicol*. 2017[citado em 2017 abr. 12];22(2):203-13. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009.
17. Merhy EE. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde Redes*. 2015[citado em 2017 abr. 12];1(1):7–14. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>
18. Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 48ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2014.
19. Silva KCL, Santos ERR, Mendes MS. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife. *J Manag Prim Health Care*. 2012[citado em 2017 abr. 12];3(1):15–25 Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Volume-3-Artigo-2.pdf>
20. Kleba ME, Colliselli L, Dutra AT, Müller ES. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. *Interface*. 2016[citado em 2017 abr. 12];20(56):217–26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015005012104&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Parés LV, Alsina A. The transformation of practical teaching focusing on dialogic learning. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014[citado em 2017 abr. 12];(141):5-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015005012104&script=sci_abstract&tlng=pt
22. Silva JMC, Andrade GF, Tessari R. Alunos em risco: como identifica-los por meio de um ambiente virtual de aprendizagem? XI Congresso Brasileiro de Ensino Superior à Distância. Florianópolis/SC; 2014. p. 10.
23. Cavalcanti L, Brehmer DF, Regina F, Ramos S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: Revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013[citado em 2017 abr. 12];16(1):228–37. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a26.pdf>
24. Puig PL, María A, Pérez S. El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud Development of research in the primary health care. *Educ Med Super*. 2013[citado em 2017 abr. 12];27(2):259-68. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v27n2/ems13213.pdf>.