

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO

CRISTIANE MARIA LEAL VARDANA MARANGON

**O MÉDICO PEDIATRA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NÚCLEO
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

CURITIBA

2018

CRISTIANE MARIA LEAL VARDANA MARANGON

**O MÉDICO PEDIATRA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NÚCLEO
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Juliano Mendes de Souza

CURITIBA

2018

TERMO DE APROVAÇÃO

Defesa da dissertação de mestrado de Cristiane Maria Leal Vardana Marangon, intitulada: “**O Médico Pediatra e a Educação Permanente em Saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**”, orientada pelo Professor Doutor Juliano Mendes de Souza, apresentado à banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, na Linha de Pesquisa Educação Permanente e Integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, das Faculdades Pequeno Príncipe, em 18 de dezembro de 2018.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata
Cristiane Maria Leal Vardana Marangon _____.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Izabel Cristina Meister Martins Coelho
Faculdades Pequeno Príncipe

Prof^a. Dr^a. Sandra Lúcia Vieira Ulinski
Universidade Positivo

Prof. Dr. Juliano Mendes de Souza
Faculdades Pequeno Príncipe

Dedico este trabalho às minhas filhas Marina e Elisa, raios de sol que Deus me enviou para ensinar e aprender, dando sentido e direção à minha vida.

A Davi, amor de minha vida, que sempre me apoiou e incentivou em momentos de dor e alegria.

Ao meu amado pai Juarez e minha amada mãe Nely (*in memoriam*), fonte e inspiração, que me apresentaram desde cedo a luz que vem do conhecimento, do trabalho que edifica e a força do amor.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao meu querido Davi, pelo seu incentivo, apoio e sugestões. À minhas Marina e Elisa, que compreenderam a ausência da mãe e sempre me deram palavras de incentivo para a conclusão deste trabalho. Ao meu amoroso pai Juarez, presença constante em meu coração. Ao meu irmão Luiz Renato (Lico), que me incentivou e deu suporte tecnológico, disponibilizou equipamento para a gravação do grupo focal e sua transcrição. Ao meu irmão Paulo Roberto, sempre presente em todos os momentos.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Juliano Mendes de Souza, que com paciência e compreensão me apoiou para a conclusão deste trabalho. Às professoras Ivete Palmira Sanson Zagonel, Elaine Rossi Ribeiro e Leide da Conceição Sanches, que deram sugestões para a construção da entrevista por escrito. Às professoras Izabel Cristina Meister Martins Coelho e Sandra Lúcia Vieira Ulinski, pelas valiosas críticas e orientações na qualificação. Às minhas amigas-irmãs, Ana Maria Cavalcanti e Lucimara Gomes Baggio, com quem posso compartilhar todos os desafios profissionais, desde a época do curso de Medicina. À querida amiga Soriane Kieski Martins, que me auxiliou com sua presença e competência como auxiliar durante o grupo focal.

Meu agradecimento especial aos colegas pediatras do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Curitiba que participaram da pesquisa, por sua disponibilidade e incentivo à pesquisa, fonte de conhecimento para este trabalho, parceiros no cotidiano junto às equipes de atenção primária à saúde e famílias usuárias do SUS.

Ao querido Dr. Leocádio José Correia, médico exemplo de bondade, que fala e vive sua mensagem de amor.

Minha gratidão a Deus, força de vida que move universos.

*Depois um professor disse: Fala-nos do Ensino.
E ele respondeu: Ninguém vos poderá revelar nada que já não
esteja meio adormecido na aurora do vosso conhecimento.
O professor que caminha na sombra do templo, entre os seus
discípulos, não dá a sua sabedoria, mas antes sua fé e amor.
Se for realmente sábio, não vos convida a entrar na casa da sua
sabedoria, mas antes vos conduz ao limiar do vosso próprio espírito.
O astrônomo pode falar-vos do seu entendimento do espaço, mas
não vos pode dar o seu entendimento.
O músico pode cantar-vos o ritmo do espaço, mas não vos pode dar
o ouvido que faz parar o ritmo, ou a voz que dele faz eco.
E aquele que é versado na ciência dos números, pode falar-vos de
pesos e medidas, mas não pode levar-vos até lá.
Pois a visão de um homem não empresta as suas asas a outro
homem.
E, mesmo que cada um de vós esteja sozinho no conhecimento de
Deus, também cada um de vós deve estar sozinho no seu
conhecimento de Deus e na sua compreensão da Terra.*

(Kahlil Gibran)

RESUMO

Objetivo: Compreender como ocorre o processo de educação permanente realizada pelo médico pediatra do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção primária à saúde da rede pública de Curitiba. **Método:** o presente estudo é exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa são nove dos onze médicos pediatras do NASF em Curitiba; os métodos de coleta de informações foram entrevista por escrito e atividade de grupo focal. **Resultados:** O processo de análise da pesquisa constrói categorias educacionais, políticas, sociais e humanas. A dimensão educacional traz como unidades de análise o papel da valorização do conhecimento prévio, o conhecimento contextualizado, a dialogia, o compartilhamento e a prática reflexiva para a construção de uma aprendizagem significativa. A dimensão da gestão municipal tem como unidades de análise o apoio da gestão e a articulação entre os diferentes níveis de gestão da saúde (central, distrital e local). A dimensão social analisa o envolvimento e articulação dos atores (profissionais, usuários e comunidade), além das repercussões da educação permanente promovida pelo pediatra do NASF (para a equipe, usuários e comunidade). A dimensão humana tem como unidades de análise o autoconhecimento, a alteridade, os vínculos e a autonomia na prática da educação permanente. **Conclusão:** Aspectos educacionais, políticos, sociais e humanos estão presentes na educação permanente realizada pelos médicos pediatras do NASF, porém de modo heterogêneo. A participação efetiva das equipes de saúde e dos gestores para garantir os espaços de compartilhamento e reflexão sobre sua prática podem contribuir para maior compreensão da educação permanente e sua importância na atenção primária à saúde em Curitiba.

Palavras-chave: educação permanente; atenção primária à saúde; relações interprofissionais, práticas interdisciplinares.

ABSTRACT

Objective: To understand how the process of permanent education carried out by the pediatric doctor of the Family Health Support Center (FHSC) in the primary health care of Curitiba's public network occurs. **Method:** the present study is exploratory, descriptive, with a qualitative approach. The research participants are nine of the eleven FHSC pediatric physicians in Curitiba; the methods of information collection were written interview and focus group activity. **Results:** The process of research analysis builds educational, political, social and human categories. The educational dimension brings as units of analysis the role of valuing prior knowledge, contextualized knowledge, dialogue, sharing and reflective practice to construct meaningful learning. The municipal management dimension of the management has as units of analysis the support of the management and the articulation between the different levels of health management (central, district and local). The social dimension analyzes the involvement and articulation of the actors (professionals, users and community), besides the repercussions of the permanent education promoted by the FHSC pediatrician (for the team, users and community). The human dimension has as units of analysis the self-knowledge, the otherness, the ties and the autonomy in the practice of the permanent education. **Conclusion:** Educational, municipal management, social and human aspects are present in the permanent education carried out by the pediatric physicians of the FHSC, but in a heterogeneous way. The effective participation of health teams and managers to ensure spaces for sharing and reflection on their practice can contribute to a better understanding of permanent education and its importance in primary health care in Curitiba.

Keywords: permanent education; primary health care; interprofessional relations, interdisciplinary practices.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura do Instrumento AMAQ – NASF	21
Quadro 2 - Categorias e unidades de análise	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAQ	Autoavaliação para melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
DAPS	Departamento de Atenção Primária em Saúde
EP	Educação permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAAPS	Núcleo de Apoio em Atenção Primária em Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMS	Unidade Municipal de Saúde
US	Unidade de Saúde
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	OBJETIVOS	14
1.1.1	Objetivo geral	14
1.1.2	Objetivos específicos	15
2	BASES CONCEITUAIS	16
2.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
2.2	A ESTRUTURAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	18
2.3	O APOIO MATRICIAL NO NASF	18
2.4	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	22
2.5	A EDUCAÇÃO PERMANENTE	26
2.6	A CONSTRUÇÃO DO PROFISSIONAL REFLEXIVO	29
3	MÉTODO	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	32
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
3.3	CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	33
3.4	MÉTODOS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	34
3.4.1	Entrevista por escrito	34
3.4.2	Grupo focal	35
3.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	38
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	O PERFIL DOS MÉDICOS PEDIATRAS DO NASF	41
4.1.1	Quanto à compreensão do que é o NASF	42
4.1.2	Quanto ao entendimento das atribuições do pediatra do NASF	43
4.1.3	Quanto à atribuição que consideram mais importante como pediatra do NASF	44
4.2	A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO NASF	45
4.2.1	Importância da educação permanente para os pediatras do NASF	46
4.2.2	Quanto à frequência de atuação com educação permanente	46
4.2.3	Quanto à frequência necessária à educação permanente no NASF	47
4.2.4	Categorias e unidades de análise	47

4.2.4.1	A dimensão educacional	49
4.2.4.2	A dimensão da gestão municipal	62
4.2.4.3	A dimensão social	69
4.2.4.4	A dimensão humana	73
4.3	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	83
5	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICE A - ENTREVISTA POR ESCRITO	96
	APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	98
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	99
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	105

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde compõe as Redes de Atenção à Saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) agrega profissionais de diferentes áreas da saúde para qualificar e aumentar a resolutividade na Atenção Primária em Saúde. O médico pediatra que atua no NASF integra-se às equipes de saúde, assumindo o compromisso e a corresponsabilidade pela atenção à saúde de crianças e adolescentes em determinado território, considerando com reflexão crítica sua realidade social; ele coordena o cuidado integral longitudinal, articula informações, realiza o monitoramento de indicadores, promove a educação em saúde da população e entre os demais profissionais da equipe ao realizar, além das consultas individuais, consultas compartilhadas (BRASIL, 2014, p.11).

O trabalho em equipes de saúde traz consigo desafios ao colocar pessoas com diferentes formações profissionais e pessoais, somadas ao trabalho árduo cotidiano com população muitas vezes hipossuficiente econômica e socialmente, além de limitações nos processos de trabalho próprias da rede pública de saúde. Entretanto, é neste contexto que a equipe de saúde é capaz de descobrir possibilidades e desenvolver potências que abram espaço para a realização de um trabalho edificante, com impacto na saúde de populações (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

A aprendizagem acontece a cada dia e pode ser potencializada nos diferentes contextos da atenção primária. Para tal, é preciso saber como ela se dá, conhecer o perfil dos atores envolvidos, em particular o médico pediatra que realiza o apoio matricial no NASF. É ele quem deverá identificar a oportunidade para o ensino-aprendizagem em saúde da criança e do adolescente, a partir do campo em que vivencia sua experiência profissional. No reconhecimento das demandas o médico pediatra do NASF auxilia, avalia, constrói, orienta e realiza com ações diretas ou indiretas, de modo integrado e corresponsável, em conjunto com as equipes, propostas de intervenção (BRASIL, 2014, p. 22).

A capacitação em saúde dos profissionais reorganiza-se no país com o Decreto nº 2794, de 01/10/1998, ao instituir a Política Nacional de Capacitação dos Servidores.

É importante compreender em que contexto se realiza a Educação Permanente em Saúde pois ela deve contribuir para o desenvolvimento dos profissionais, sem descuidar das necessidades dos serviços de saúde, ampliar sua capacidade de resolução e gestão sobre as políticas públicas de saúde. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 reitera o que já havia sido exposto em 2004:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2007).

A publicação da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008 pelo Ministério da Saúde trouxe como marco propositivo a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para atender às equipes de Unidades de Saúde Estratégia Saúde da Família. Em Curitiba, a proposta foi ampliada a fim de incluir também outras Unidades Básicas de Saúde, fora do modelo Estratégia Saúde da Família, chegando a vinte e nove Núcleos de Apoio em Atenção Primária em Saúde (NAAPS), compostos por nutricionistas, profissionais de Educação Física, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos. Com mudança de gestão em 2013, houve aumento de Unidades de Saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família. Com a definição do repasse de recursos para o NASF pela Portaria Nº 548, de 4 de abril de 2013, Curitiba incorporou outros profissionais no NASF, além dos que já existiam; passam assim a integrar o NASF, médicos pediatras, gineco-obstetras, psiquiatras, infectologistas, geriatra e fonoaudiólogos; entre suas atribuições está a educação permanente.

Em julho de 2014, as equipes de saúde em Curitiba passam a contar com catorze pediatras do NASF para o apoio matricial, monitoramento e acompanhamento das crianças de alto risco e regulação das filas de espera para especialidades pediátricas, nos nove Distritos Sanitários do município. Esses pediatras vieram das

Unidades Básicas de Saúde que funcionavam no modelo tradicional, com clínico geral, ginecologista e pediatra, transformadas em Estratégia Saúde da Família. Selecionados a partir de resposta a questionário, entrevista e tempo de serviço, iniciaram suas atividades sem qualquer experiência com educação permanente.

Com a reorganização de departamentos na Secretaria Municipal da Saúde, o Departamento de Atenção Primária à Saúde passa a abrigar a Coordenação do NASF; no nível distrital, os pediatras do NASF devem responder à Coordenação de Atenção e no nível local, à Coordenação da Unidade de Saúde. A extinção dos programas Saúde da Criança e Adolescente Saudável na mudança da gestão, a ênfase no acesso avançado, a remodelagem dos processos de trabalho nas equipes de saúde exige adaptação dos médicos pediatras que até então, prestavam assistência direta às crianças e adolescentes. Ainda como grupo incipiente, nas reuniões dos médicos pediatras do NASF, observa-se heterogeneidade no trabalho realizado. Cada Distrito Sanitário, com demandas específicas, solicita atividades diferentes e há divergências no entendimento das atribuições dos médicos pediatras do NASF, gerando insegurança e insatisfação em alguns profissionais.

Faz-se, portanto, necessário avaliar como se dá a educação permanente na atenção primária à saúde da rede pública, conhecer o perfil dos profissionais que atuam nela, sua base de conhecimentos, habilidades e valores. Daí vem a pergunta norteadora: **Como ocorre a educação permanente realizada pelo médico pediatra do NASF na atenção primária à saúde?** A partir do conhecimento de suas dificuldades, necessidades, possibilidades e potencialidades será possível traçar um eixo norteador que possa qualificar a atuação dos médicos pediatras do NASF, ampliar sua capacidade de contribuir com as equipes de saúde e desenvolver caminhos para a qualificação da educação permanente no âmbito da atenção primária à saúde da rede pública de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Compreender como ocorre o processo de educação permanente realizada pelo médico pediatra do NASF na atenção primária à saúde da rede pública de Curitiba.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Observar a percepção dos médicos pediatras do NASF em relação à educação permanente;
- b) Observar como o médico pediatra do NASF realiza a educação permanente.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As mudanças nas configurações do mundo revelam conexões entre organismos, pessoas, organizações e populações, produzindo um tecido social e ecológico onde cada elemento é protagonista e possui e desempenha papéis específicos na cadeia produtiva da sociedade, imprimindo cultura e sendo afetado por ela, dentro das chamadas redes. Estas conexões são caracterizadas como “novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos (CASTELLS, 2000 apud MENDES, 2011, p. 78).

A Atenção Básica, também chamada *Atenção Primária à Saúde* é considerada a porta de entrada aos serviços de saúde, o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde. Starfield (2002, p. 365) refere-se à atenção primária como a responsável pela coordenação dos fluxos entre os diferentes serviços de saúde para atender às necessidades das pessoas, uma vez que deve conhecer os problemas, o perfil populacional, o contexto e a realidade dos que a procuram, dispondo das informações relevantes para a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde reflete a perspectiva da necessidade de integração na área da saúde e preconiza em seu núcleo a participação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A PNAB preocupa-se em ampliar sua capilaridade a partir do conhecimento do território onde se dão as ações de saúde, suas características, o perfil de sua população adscrita, suas necessidades, recursos humanos, materiais e equipamentos de saúde disponíveis. Esta política busca ainda garantir a equidade, universalidade e integralidade do cuidado, promover o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilização de seus atores, considerando sua singularidade no contexto sociocultural em que estão inseridos. O cuidado centrado na pessoa deve ser coordenado, longitudinal e proporcionar resolutividade, visando a atenção integral à saúde (BRASIL, 2017).

É importante observar os princípios e diretrizes do SUS, pois norteiam a PNAB atual, reforçando a importância de trabalhar uma articulação da atenção primária com diferentes pontos de atenção, envolvendo o contexto social onde ocorre e os atores envolvidos, como observamos a seguir.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

As transformações no perfil demográfico, no perfil epidemiológico de doenças prevalentes na população, as condições científicas, tecnológicas e socioeconômicas levaram à necessidade de uma reconfiguração da Política Nacional de Atenção Básica ao longo do tempo. A necessidade de consolidar o a Atenção Primária à Saúde buscou recursos como a Estratégia de Saúde da Família e trouxe consigo a busca por modelos de atenção à saúde para atender às demandas da atualidade, com atuação em rede. A Organização Mundial da Saúde cita outros elementos que interferem na forma de atuar em saúde, além das condições mencionadas, como a estrutura e a cultura organizacional, recursos, formas de pagamento e incentivos, modos de liderar e estilos de gestão. As dificuldades na atenção à saúde revelaram a necessidade de buscar soluções para organizar o enfrentamento às mudanças socioculturais, evitando trabalhar de forma fragmentada (MENDES, 2012, p. 41-42).

A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, reitera que a APS é a porta de entrada para o sistema de saúde e deve comportar-se como grande centro organizador e articulador da RAS, coordenando o cuidado e todas as ações e serviços da rede.

A Atenção Primária em Saúde (APS ou Atenção Básica) possui um nível de complexidade ao considerar as necessidades dos indivíduos, seu contexto de vida, a comunidade em que estão inseridos, seus valores socioculturais, necessidades e

possibilidades. Isto exige que a atuação dos profissionais de saúde impacte nos fatores determinantes e condicionantes da saúde (FIGUEIREDO, 2012, p. 3).

2.2 A ESTRUTURAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) veio consolidar a ESF, buscando ampliar a resolutividade na Atenção Primária ao desenvolver e aprimorar o trabalho multiprofissional integrado, agregando diferentes categorias profissionais da saúde. Pautado no compartilhamento de informações, conhecimento e habilidades, visa o cuidado longitudinal e atenção integral do ser humano para produzir saúde. O NASF atua em oito áreas estratégicas, entre estas a saúde da criança e do adolescente, e vem fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Entre as atribuições do NASF, encontra-se o Apoio Matricial, caracterizado pela possibilidade da equipe de saúde compartilhar, discutir e elaborar ações para produção de saúde nas situações mais complexas. Assim, o matriciamento prevê não apenas assistência baseada em procedimentos (tecnologia leve-dura), mas também uma dimensão humana, com uma ação tecno-pedagógica (tecnologia leve), que produz apoio educativo com e para a equipe (FIGUEIREDO, 2012, p. 10).

2.3 O APOIO MATRICIAL NO NASF

O apoio matricial deve ser compreendido, além dos mecanismos de centros de regulação, protocolos e fluxos de referência e contrarreferência; não apenas como arranjos organizacionais que promovem uma relação dialógica entre distintas especialidades e profissões, permitindo integração e ampliação do cuidado longitudinal personalizado, com metodologia para a gestão do trabalho, tendo como princípio a responsabilidade compartilhada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O médico pediatra que realiza o apoio matricial atua como coordenador do cuidado integral na rede de atenção à saúde da criança e do adolescente, melhorando a qualidade e resolutividade na Atenção Primária (BRASIL, 2014, p. 63).

Na área da saúde da criança e do adolescente, observamos a complexidade da atuação do médico pediatra do NASF que abrange uma dimensão clínica e sanitária mas também uma dimensão pedagógica. Entre suas atribuições estão o domínio do perfil epidemiológico de crianças e adolescentes, o monitoramento dos indicadores de saúde infantil e do adolescente e das situações de vulnerabilidade, a interface e comunicação com todos os membros de sua equipe, a construção dos chamados projetos terapêuticos singulares, de abordagem multiprofissional, com a gestão de casos específicos, o atendimento individual e a consulta compartilhada, o planejamento e desenvolvimento de abordagens pedagógicas de conhecimento específico para as diferentes categorias de profissionais da equipe de saúde, a organização e participação em oficinas voltadas à comunidade para o trabalho de educação em saúde, o diálogo permanente com o Conselho Local de Saúde e demais equipamentos de saúde e sociais da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, incluindo creches, escolas, abrigos de ação social, clínicas especializadas, hospitais (BRASIL, 2014, p.11).

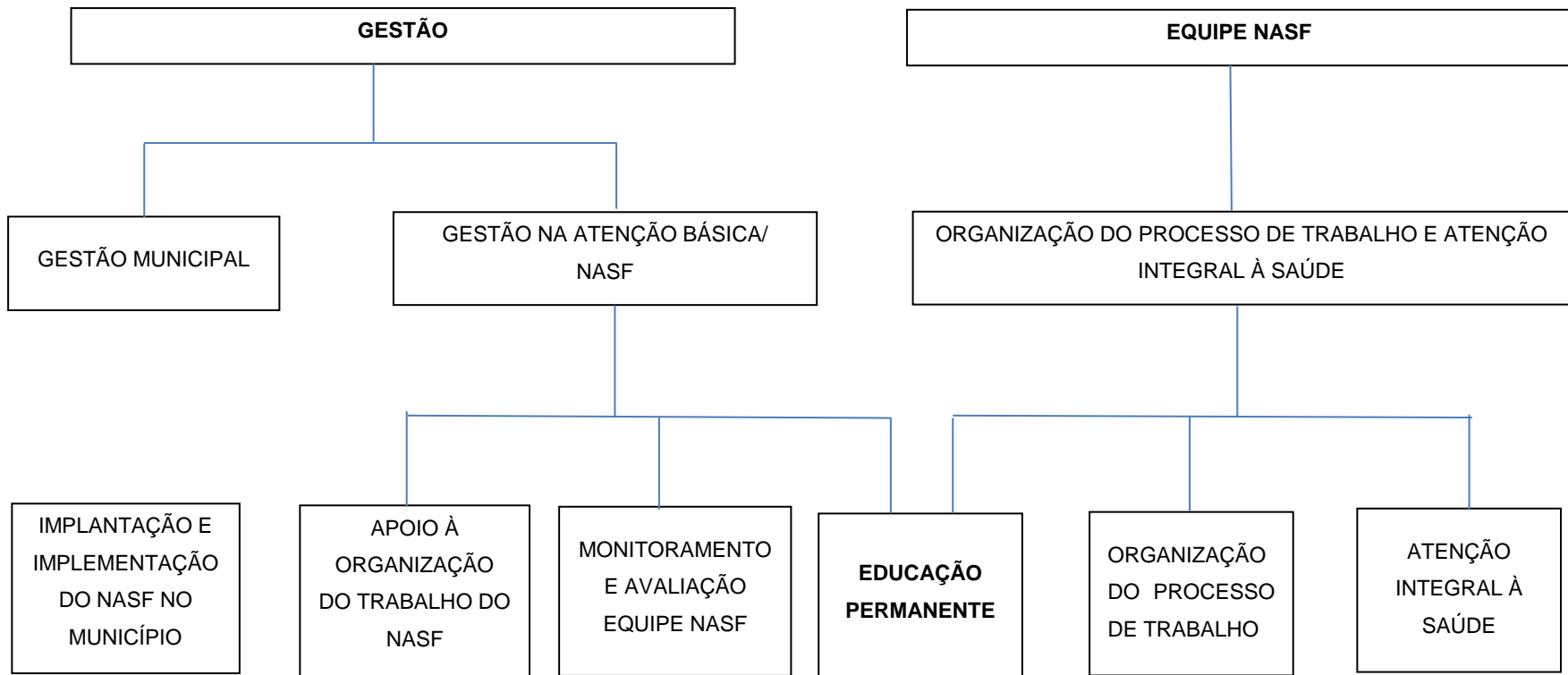
O trabalho em equipe está no centro da proposta da ESF com apoio matricial e configura-se como um desafio a ser enfrentado quando consideramos a formação dos profissionais de saúde baseada na atividade individual, com pouca articulação entre as diferentes categorias profissionais. As relações entre os profissionais necessitam superar divergências, conflitos e dificuldades interpessoais. A pactuação de um objetivo comum é capaz de gerar compromisso, comprometimento e responsabilidade. É preciso mobilizar os recursos existentes, a bagagem profissional e humana dos profissionais, estabelecendo uma relação dialógica construtiva que permita alcançar êxito nas metas propostas. A comunicação na equipe é fundamental para a garantia do cuidado integral (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008, p. 5). Esta comunicação necessita do respeito aos saberes um do outro, no reconhecimento das próprias limitações e potencialidades, na disposição e disponibilidade para aprender com o outro. Como afirmam Mângia e Lancman (2008, p. i) “[...] permeabilidade, inovação e plasticidade são alguns dos pré-requisitos para romper com a visão hierarquizada, corporativa e parcializada do trabalho em equipe, necessária e imprescindível para realizar esse projeto”.

As estruturas na rede pública de saúde, os processos de trabalho, a composição e perfil das equipes, as condições geográficas, aspectos culturais e sociais da população atendida constroem um ecossistema próprio e impactam na

atuação de todos os profissionais da equipe de saúde, numa dinâmica que vai exigir prontidão do pediatra matriciador, além de conhecimento, habilidade, sensibilidade, ética; enfim, competência para lidar com situações diversas e difíceis (LANCMAN et. al., 2013).

As atividades do matriciador necessitam de um processo de avaliação que permita corrigir, reorganizar suas atividades, planejar, aproveitar melhor o seu tempo e impactar positivamente nos resultados. O Ministério da Saúde desenvolveu em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e em 2013 lançou a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos profissionais do NASF (AMAQ-NASF), para avaliação da Organização do processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde, conforme demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1 - Estrutura do Instrumento AMAQ - NASF



Fonte: Adaptado de AMAQ-NASF, 2013. p. 19

A educação permanente na subdimensão C do AMAQ nos faz refletir a respeito da importância do processo de ensino no campo de trabalho da Atenção Básica quando explicita:

A educação permanente tem a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Considerando-a como um processo construído a partir do olhar sobre as questões presentes no cotidiano das equipes de saúde, esta subdimensão objetiva avaliar as ações realizadas pela coordenação de AB/NASF no tocante à educação permanente. Algumas das ações descritas nos padrões desta subdimensão podem ser realizadas, também, por apoiadores institucionais designados para a mediação da gestão e da condução do NASF no município, a depender da organização local (BRASIL, 2013, p. 32).

2.4 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Adotada como política de desenvolvimento humano para o Sistema Único de Saúde (SUS), o termo educação permanente surge com Pierre Furter, em 1955, como proposta para uma reforma de ensino na França, buscando o aprimoramento da formação fora da escola. Ela compreende um conjunto de processos de aprendizagem que na educação de adultos oportuniza o seu aprimoramento ao desenvolver suas capacidades e construir competências para um melhor fazer profissional (PAULINO et al., p. 369, 2012).

A UNESCO, em 1960 passa a difundir a educação permanente, fundamentando-se na teoria do capital humano para ressaltar a importância do fator humano para a produtividade econômica e o desenvolvimento de um país (LEMONS, 2016). Em 1973, a UNESCO divulga o Relatório Faure, onde cita sua importância como estratégia para a evolução da educação (PAULINO et al., 2012). Edgar Faure expõe já nessa época a preocupação com uma ética do ser:

[...] uma educação formadora das pessoas, cujo advento se torna mais necessário à medida que coações sempre mais duras separam e fragmentam cada ser. Trata-se então de não mais adquirir, de maneira exata, conhecimentos definitivos, mas de preparar para elaborar ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e de aprender a ser” (WERTHEIN; CUNHA, 2000, p. 14).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desde a década de 1980 divulga a educação permanente como um modelo diferenciado de educação para adultos, transpondo-a para os profissionais de saúde (PAULINO et al., 2012).

Com as mudanças na sociedade de um mundo globalizado, em 1993, a UNESCO organizou a Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, que sob a presidência de Jacques Delors em 1996 divulga o Relatório para a Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. O Relatório Delors descreve claramente, frente às necessidades da contemporaneidade, a necessidade de uma educação ao longo da vida, como “uma chave de acesso ao século XXI”, ressaltando a educação permanente portadora de vantagens e flexibilidade, adaptada a diferentes espaços de saber.

Ao acompanhar as mudanças de vida, a educação permanente propicia o saber de si próprio e do seu entorno, permite ao profissional desenvolver aptidões profissionais que repercutem também nas estruturas sociais (DELORS et al., 2010, p. 12). O Relatório Delors aponta quatro pilares essenciais à educação que sustentam um nova forma de construir o ser humano e amplia os horizontes educacionais do século XXI: o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser; aponta ainda a importância da educação para ajudar a transformar a interdependência real em solidariedade desejada e de formar cada indivíduo para compreender a si mesmo e ao outro, por intermédio de um melhor conhecimento do mundo (DELORS et al., 2010, p. 31).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, elaboradas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, Ministério da Educação, foram instituídas pela Resolução nº 03, de 14 de junho de 2014. As mesmas estendem-se a toda área da saúde, observando a necessidade de uma formação abrangente, que leve em consideração os princípios éticos, humanistas, baseados numa visão crítica enriquecida pela reflexão sobre a realidade, responsabilidade social e compromisso com a cidadania, visando a atenção integral à saúde em seus diferentes níveis de atenção, abrangendo as ações de promoção, prevenção, assistência, recuperação e reabilitação da saúde. As diretrizes das áreas da saúde refletem uma visão abrangente e integradora, preocupando-se também com a educação permanente dos profissionais da saúde (BRASIL, 2014).

Entretanto, as equipes de saúde muitas vezes são compostas por profissionais com diferentes formações, muitas destas baseadas no modelo hospitalocêntrico e biomédico, com dificuldades para alcançar esta nova perspectiva. O perfil dos profissionais que trabalham na rede pública de saúde muitas vezes não atendem às necessidades do SUS (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017, p. 7).

Um modelo de atenção à saúde embasado numa ciência positivista, com uma visão fragmentada, reduzida à eficiência técnica, que tem como centro metodologias incongruentes com os problemas de saúde das pessoas reduz o potencial para uma atenção integral à saúde. Faz-se necessário serviços de boa qualidade, que não correspondem apenas ao número de profissionais, mas que estes sejam capazes de atender cada população em suas necessidades (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017). A visão tecnicista trazida no bojo de uma educação historicamente situada que não responde aos contextos de contradições e conflitos demanda uma pedagogia com soluções que explorem novas formas de mobilizar as pessoas para o fazer profissional em saúde (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004, p. 781).

A Organização Mundial da Saúde manifestou-se em 2013, chamando a atenção para a necessidade da educação e formação contínua de profissionais da saúde, em especial aqueles que possam ser educadores em sintonia com os serviços, que saibam trabalhar de forma integrada com os outros profissionais de saúde, utilizando métodos eficazes, com acesso a infraestruturas, equipamentos e ferramentas adequadas (WHO, 2013, p. 23).

As necessidades em saúde da população não podem esperar, sendo fundamental o conhecimento da realidade local, com a gestão da saúde em sintonia com as demandas sociais. Além do conhecimento científico, pautado no diagnóstico, causas, tratamento e prognóstico de doenças, a busca compartilhada de soluções criativas para as demandas de saúde das pessoas constrói um saber singular alicerçado na compreensão e conscientização dos profissionais de saúde, instrumentalizando-os para a atenção às pessoas que precisam dos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2014, p. 152).

Diferentes termos utilizados ao longo do tempo foram e ainda são utilizados para tratar de questões de educação na área da saúde. Entre estes, encontram-se termos como capacitação, treinamento, reciclagem, ensino em serviço, educação permanente, educação continuada. Convém distinguir os termos educação em serviço, educação contínua ou educação continuada de educação permanente, pois

têm sido empregados muitas vezes como sinônimos. A preocupação em realizar processos educativos para os profissionais vem desde a III Conferência Nacional de Saúde em 1963. A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, nas décadas de 60 e 70. Outras Conferências subsequentes, em 1986 e 1993 registraram a importância de educação continuada para os profissionais de saúde para ampliar a compreensão das necessidades dos serviços e os problemas de saúde da população (FARAH, 2003).

Silva et al. (1989, p. 10), compreendem a educação em serviço como o conjunto de práticas de educação com a finalidade de auxiliar os trabalhadores em sua função, visando os objetivos da instituição em que trabalha. Este conceito surge nas décadas de 1960 e 1970 com as Conferências Nacionais de Saúde com a intenção de ajustar os profissionais às necessidades dos serviços públicos, ainda num contexto de currículos muito voltados ao modelo biomédico. Para Farah (2003), esse tipo de abordagem busca atender aos interesses da instituição, ao capacitar os profissionais dando-lhes treinamento em alguma técnica ou habilidade específica, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho, sem se preocupar com os conhecimentos teóricos adquiridos.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, para a sua implantação e implementação tornou-se necessário organizar os processos educativos para atender ao modelo assistencial proposto (FARAH, 2003).

O conceito de educação permanente surge em países desenvolvidos da Europa Ocidental. Haddad (1990) afirma que a educação permanente, é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade. Farah (2003) observa que este tipo de abordagem educacional visa muito mais ao interesse das instituições e deixa em segundo plano o interesse dos profissionais; deste modo, as capacitações restringem-se a treinamentos que objetivam especialmente o desenvolvimento de uma técnica ou habilidade específica, tornando secundário o conhecimento teórico.

Haddad et al. (1994, p. 25) defendiam que a educação permanente compreende a educação continuada e a educação em serviço, contempla a existência de conflitos e as alternativas para manejá-los com eficiência e equidade, promovendo a participação de diferentes atores sociais nos diferentes níveis do sistema, possibilitando a administração de um conhecimento novo e sua aplicação na

construção de alternativas para solucioná-los. Porém, posteriormente Haddad (2001) revê seu posicionamento, afirmando que atualmente a educação continuada abrange mais amplamente à ideia de desenvolvimento profissional, onde “a formação e a realização das potencialidades humanas são identificadas como parte integrante de todas as práticas sociais”. Isto ratifica o que já constava na Declaração de Hamburgo (1997) que cita a educação de adultos, valorizando a educação formal, não formal e a aprendizagem incidental presente numa sociedade multicultural, onde teoria e prática são igualmente reconhecidas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1997).

Ramos (2010, p. 64) em sua pesquisa a respeito de correntes pedagógicas sobre educação de técnicos de saúde afirma que em um contexto mais amplo é possível considerar que educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida, educação de adultos podem ser considerados sinônimos.

A OPAS e CONASS (2013) faz distinção entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando esta última mais reducionista, porém há controvérsias em relação isto. Marin (1995) considera os termos semelhantes e defende que eles se completam e utiliza o termo educação continuada para referir-se à formação no próprio local de trabalho, sem interrupção ou fragmentação. Para Silva, Mato e França (2017), há diferenças, pois observa que o termo educação contínua tem sido utilizado para referir-se à atualização de conhecimentos específicos, enquanto o termo educação permanente em saúde tem sido utilizado para referir-se à construção de conhecimento a partir de problemas da realidade que levam a uma reflexão sobre os processos de trabalho, com a preocupação de transformar e superar adversidades.

2.5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE

A denominação Educação Permanente em Saúde inicia-se na década de 1980 e é disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). O eixo que sustenta sua intenção é o trabalhador, seu trabalho e contribuição na atenção à saúde e a educação permanente destes como instrumento essencial para o seu desenvolvimento (QUINTANA et al., 1994, apud HADDAD et al, 1994).

A educação permanente em saúde pode utilizar as metodologias ativas de conhecimento, com alicerce em uma prática pedagógica problematizadora, dialógica,

onde todos os atores envolvidos são protagonistas. Assim é possível repensar a prática, aprendendo em conjunto, rompendo com a lógica individual para o pensar coletivo (CARDOSO et al., 2017, p. 1493).

A problematização leva os atores/ sujeitos envolvidos a questionar o seu processo de trabalho (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017, p. 2). Davini (1995, p. 40) ressalta que a aprendizagem com metodologia problematizadora promove uma formação profunda, que não se restringe às questões intelectuais, mas propicia a interação entre sujeitos, envolvendo aspectos psicológicos afetivos com modificação profunda nas atitudes e um enriquecimento nos conhecimentos. A origem desta linha pedagógica encontra-se na maiêutica de Sócrates.

A educação permanente surge como estratégia de impacto significativo na atividade dos profissionais da saúde, favorecendo uma reflexão abrangente sobre suas práticas e os desdobramentos da sua atividade cotidiana. A educação permanente aproveita as situações do dia-a-dia, oportuniza o compartilhamento de dúvidas, questionamentos, conhecimentos e práticas de trabalho. Realizada no espaço de trabalho das equipes, propicia a mobilização de saberes dos profissionais de saúde, favorece a observação atenta do impacto de suas ações no contexto social em que estão inseridos e a identificação das mudanças necessárias no seu fazer profissional (BARBOSA; BOCCHI; BARBOSA, 2014, p. 152). Para Bispo Junior e Moreira (2017), a educação permanente constitui-se em “uma estratégia fundamental para qualificar a atuação dos profissionais em suas dimensões técnicas, política e sociais”.

A educação permanente voltada aos profissionais da área da saúde ocorre por uma andragogia que tem como principal característica uma aprendizagem centrada no aprendiz, na independência e auto-gestão da aprendizagem, voltada a uma aplicação prática da vida, a partir de uma situação-problema, levantando todo conhecimento já existente para transformar e aperfeiçoar a realidade. O professor nestes casos é um facilitador capaz de motivar e demonstrar a importância de aprender (mudar a sua prática) para a melhoria dos processos de trabalho e mudanças na vida dos aprendizes (MENDES, 2011, p. 391).

A aprendizagem a partir da realidade vivenciada em conjunto necessita do olhar plural. Freire (1987, p. 31-32) bem observa:

“[...] o diálogo entre os sujeitos sobre a realidade é considerar o reconhecimento do outro e o reconhecimento de si no outro, é decisão e compromisso de colaborar na construção de uma nova realidade, ou seja, de um mundo comum[...] Educador e educandos[...] co-intencionados à realidade, se encontram em uma tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvelá-la e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no de recriar este conhecimento.

Transpondo esta premissa para o âmbito da educação em saúde, a partir do diálogo, da troca de saberes e práticas, esta oportunidade de sair de si e ouvir o outro, observando o que há de comum entre diferentes perspectivas, a educação permanente privilegia a construção do vínculo dentro da equipe de saúde. Cada partícipe torna-se protagonista do seu saber, do seu saber fazer, no enfrentamento coletivo dos desafios, no reconhecimento das fortalezas e oportunidades. Ao ampliar a compreensão da realidade vivida no espaço de trabalho, desperta o comprometimento e o compromisso, estabelece acordos na busca por mudanças que enriqueçam o seu fazer profissional. Quando a equipe de saúde atua de modo complementar tende a assumir a corresponsabilidade com a eficácia e eficiência do trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 855). Ao aliar a teoria à prática, a educação permanente desenvolve a autonomia, constrói a confiança interior, propicia a consciência das próprias competências, aproxima os pares, contribui para a corresponsabilização e a ética no trabalho.

Para que exista aprendizagem é fundamental a convivência; é ela que levará a transformações, com ou sem ensino, com ou sem educação. Por isso, dúvidas, dificuldades, diferentes perspectivas advindas da diversidade do grupo são consideradas legítimas no processo de aprendizagem; ao responder às necessidades de todos os envolvidos com uma premissa educacional garante respeito, aceitação, inclusão e comprometimento (MATURANA, 2009, p. 23).

Na evolução da educação permanente como política pública, destaca-se que em 18 de setembro de 2003, a Comissão Intergestores Tripartite, do Ministério da Saúde propõe a pactuação pela “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde”. No mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a Resolução nº 335, em 27 de novembro de 2003, com a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

A Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com destaque para a “articulação junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária” (BRASIL, 2009, p. 8-9). Entretanto, a Portaria Nº 2.200, de 14 de setembro de 2011 redefine o destino dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, voltados não mais aos Polos de Educação Permanente, privilegiando o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde elaborado considerando o diagnóstico epidemiológico do Estado, a coerência entre as ações e estratégias propostas e os Programas Prioritários do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho e da educação na saúde: Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) , Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência), Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (Progesus), dentre outras ações. Assim, há uma mudança significativa no financiamento para a educação permanente que impacta em sua configuração no município, atingindo a atenção primária à saúde (BRASIL, 2011).

2.6 A CONSTRUÇÃO DO PROFISSIONAL REFLEXIVO

Schön escreve a respeito de uma “topografia irregular da prática profissional”, em que há uma discrepância entre o plano elevado das teorias e técnicas baseadas em pesquisa para a administração de problemas e o plano mais baixo, onde “problemas caóticos e confusos desafiam as soluções técnicas”. Cabe ao profissional fazer as escolhas para resolver os problemas do interesse humano. Ao ter que decidir qual estrada construir, é importante considerar a complexidade de fatores financeiros, econômicos, sociais, políticos e culturais. A convivência com as dificuldades suscita o desenvolvimento de competências para enfrentá-las. Questões complexas pedem

uma prontidão para avaliar, decidir e aplicar o conhecimento. A educação permanente faz do espaço de trabalho um campo de aprendizagem (SCHÖN, 2016, p. 15-16).

O princípio da dialogia ao articular diferentes pontos de vista amplia também as perspectivas individuais, alcançando um metaponto de vista (LIMA, 2016).

Considerando o favorecimento de uma prática reflexiva e a transformação dos processos de trabalho, a educação permanente apresenta-se como uma estratégia de grande potencial, pois não se restringe à busca de conhecimento apenas técnico, mas preocupa-se com o levantamento das necessidades de saúde das pessoas, considerando outros aspectos envolvidos, como o controle social e a gestão local (BARBOSA; BOCCHI; BARBOSA, 2014, p. 152).

A educação permanente tem como um dos principais métodos pedagógicos a problematização, ou seja, a utilização de problemas reais para promover a aprendizagem. Isto estimula a participação e o envolvimento de todos, leva a uma aprendizagem significativa, que estimula a busca compartilhada por respostas, propicia a criatividade e a inovação na resolução dos problemas identificados. A ação – reflexão - ação transforma a realidade de modo responsável e criativo, constitui a práxis, ação com orientação, planejamento e inserção crítica do sujeito no ambiente em que experiência e vive (BARBOSA et al., 2014, p. 162-163).

Ao se deparar com um problema do cotidiano, o primeiro movimento é de mobilização de um saber prévio, questionar sua natureza na busca para descobrir o seu sentido e significado. Ressalta ainda que para o adulto, “o significado é construído em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação à sua utilização na vida pessoal e profissional” (LIMA, 2016, p. 24).

Schön (2000, p. 17) preocupa-se com o preparo dos profissionais para as demandas da prática, buscando conciliar a racionalidade técnica, que possui propósitos específicos, com as situações singulares que demandam muitas vezes a improvisação, a invenção e a testagem de estratégias situacionais que a própria situação produz.

Para o desenvolvimento de competências e enfrentamento de casos únicos, presentes no cotidiano da atividade profissional, Schön (2000, p. 29) propõe o desenvolvimento de um talento através do que ele chama de reflexão-na-ação.

Para alcançar a reflexão-na-ação, o primeiro passo é dar-se conta de que a prática por si só comporta um conhecer-na-ação, que refere-se a um reconhecimento e a uma apreciação direta, sem raciocínio intermediário, das ferramentas que

dispomos em nossas mãos. Este conhecer-na-ação refere-se ainda aos vários conhecimentos observáveis que se revelam em nossas ações inteligentes, mas não são explícitas verbalmente (SCHÖN, 2000, p. 31).

A tendência na prática é reproduzir aquilo que já se tem domínio. Quando o elemento surpresa surge e algo não está na expectativa e não está nos padrões da resposta esperada, pode desencadear duas reações: a situação pode ser deixada de lado, ignorando seletivamente os sinais que produz ou responder através da reflexão. Esta reflexão pode ocorrer de duas maneiras: de forma retrospectiva, em um ambiente tranquilo, após termos aplicado nosso conhecimento numa ação que obteve êxito, ou pode ocorrer durante uma pausa no meio da ação que se desempenha. Nestes casos, a reflexão não possui conexão com a ação presente. Mas há uma alternativa que é refletir durante a ação, sem interrompê-la. Schön (2000) chama de presente-na-ação, período variável conforme o contexto possível, como um pensar que dá nova forma e permite interferir na situação em desenvolvimento. Esta dinâmica caracteriza a reflexão-na-ação. A reflexão-na-ação leva ao questionamento dos pressupostos estruturados do ato de conhecer-na-ação. Isto leva à exploração de novos experimentos e novas compreensões. Este autor assevera que “a reflexão-na-ação é uma conversação reflexiva com os materiais de uma situação... Cada pessoa desenvolve seu próprio papel, em evolução, na performance coletiva, escuta as “surpresas” ou “respostas”. Ser capaz de refletir sobre a própria reflexão-na-ação pode então conformar toda ação futura (SCHÖN, 2000, p. 32-36).

O desenvolvimento da metacognição constitui-se uma estratégia para aprender a partir da identificação de fragilidades e potencialidades, promove uma autorregulação, ao definir objetivos e monitorar o próprio progresso (LIMA, 2016, p. 15).

Para a construção de saberes que possam alicerçar as atividades dos médicos pediatras do NASF, sejam assistenciais ou educacionais, torna-se fundamental o desenvolvimento de sua capacidade reflexiva.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Foram construídas categorias e unidades de análise com base nos elementos essenciais para o SUS, de acordo com Bispo Junior e Moreira (2017) recorrentes nas falas dos sujeitos da pesquisa. O tratamento dos dados utiliza os pressupostos metodológicos para a pesquisa qualitativa e análise de conteúdo segundo Minayo (2012) integrando-os à concepção de Schön (2000) para a construção do profissional reflexivo.

A análise qualitativa procura explorar e aprofundar a compreensão das experiências dos participantes e como percebem subjetivamente a sua realidade (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 376). Estrutura-se por matéria-prima que valoriza não apenas a experiência, mas a vivência – a reflexão sobre a experiência, o senso-comum e a ação (MINAYO, 2012, p. 622). Para compreender devemos considerar a singularidade de cada um, mas cada vivência e experiência ocorrem no âmbito do coletivo, influenciadas pela cultura do grupo a que se pertence (MINAYO, 2012, p. 623).

A pesquisa qualitativa conta com diferentes perspectivas e a pesquisadora deve incluir-se para explorar os pontos de vista e interagir com os participantes. A fim de evitar comprometimento na coleta dos dados, deve procurar minimizar suas crenças, fundamentos ou experiências para diminuir sua influência sobre os participantes. Reconhecer qual é seu papel exige reflexão e reconhecimento de sua perspectiva interna e externa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p.418).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra inicial desta pesquisa parte de onze pediatras do NASF que atuam na rede pública de saúde de Curitiba e que realizam o apoio matricial às equipes da Estratégia Saúde da Família. A amostra final conta com nove dos onze médicos pediatras do NASF que contribuem na investigação do estudo. Um pediatra do NASF não demonstrou interesse em participar da pesquisa e um pediatra do NASF entrou em período de férias no decorrer da investigação.

Os médicos pediatras que atuam no NASF em Curitiba vieram de Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional (com clínico geral, pediatra e ginecologista). Estes médicos sempre atuaram na rede pública com a clínica pediátrica, sem qualquer vivência com a Estratégia Saúde da Família. À medida que assumiram a nova função como pediatra do NASF, gradativamente foram orientados para dar apoio às equipes de saúde ESF, na atenção à saúde da criança.

3.3 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo é realizado no município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, localizado no primeiro planalto, a 934 metros do nível do mar. O último censo de 2010 registrou em Curitiba uma população de 1.751.907, mas em 29/09/2018 apresentou uma população estimada de 1.917.185 habitantes. Sua taxa de escolarização para pessoas de 6 a 14 anos foi de 97,6 em 2010, deixando-a na posição 248 de 339 cidades do estado e na posição 2733 entre as 5570 cidades do Brasil. O PIB *per capita* em 2015 foi de R\$ 44.624,32, o que a colocou em 28º lugar no estado. Em 2008 Curitiba alcançou a taxa de mortalidade infantil preconizada pela OMS de apenas um dígito; desde então mantém seu coeficiente e em 2017 sua taxa de mortalidade infantil foi de 8,3 óbitos/1000 nascidos vivos. Quanto ao ambiente, dos domicílios, 96,3% possuem esgotamento sanitário adequado; 76,1% dos domicílios urbanos em vias públicas possuem arborização e 59,1% possui urbanização adequada, com bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio. Em sua origem, até o século 18 era constituída por índios, mamelucos, portugueses e espanhóis. Como o município tornou-se rota de passagem de tropeiros, houve o aumento gradativo da população, porém o que definiu o perfil da cidade foi a chegada de imigrantes de diversas procedências. Descendentes de europeus, asiáticos e africanos contribuem significativamente para as características de sua população, cultura e estrutura socioeconômica (IBGE, 2018).

Ao longo de sua história, Curitiba destacou-se pela vanguarda na área da saúde. A partir da municipalização proposta pelo Ministério da Saúde em 1990, a gestão municipal promoveu a concepção de territórios e regionais, compondo os chamados Distritos Sanitários, que passam a desenvolver ações de saúde com relativa autonomia tendo como alicerce a Vigilância em Saúde. Na composição dos Distritos Sanitários encontram-se as Unidades de Saúde que atuam na lógica

territorial abrangendo populações e desenvolvem a atenção à saúde da população que vive em sua área. A proximidade das equipes de saúde com a população local, o acolhimento e a preocupação com a humanização no atendimento permitem a construção do vínculo e o desenvolvimento do trabalho em saúde (SILVEIRA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013, p. 23).

Atualmente, a rede de saúde de Curitiba possui 161 equipamentos próprios de saúde e entre estes, 111 Unidades de Saúde, em 10 Distritos Sanitários, sendo 48 Unidades de Saúde de modelo tradicional, com clínico geral, médico pediatra e ginecologista, além da equipe de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal). As 63 Unidades de Saúde que são Estratégia Saúde da Família, são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, além de uma equipe de saúde bucal. Cada Unidade de Saúde ESF possui de uma a três equipes de saúde que atuam em microáreas. Dependendo do Distrito Sanitário, o médico pediatra do NASF dá suporte a quatro ou sete Unidades de Saúde (SMS, 2018).

3.4 MÉTODOS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

3.4.1 Entrevista por escrito

A primeira coleta de informações ocorreu a partir de uma entrevista por escrito com perguntas abertas. Na seleção das perguntas, optou-se por evitar opções de resposta para manter a liberdade de expressão e permitir a subjetividade. A entrevista por escrito foi elaborada pela pesquisadora.

A entrevista por escrito aborda a formação dos médicos pediatras e sua compreensão a respeito de três aspectos essenciais de sua atividade profissional:

- a) O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): como se dá sua participação, o reconhecimento de seu papel nesta função, o que considera mais importante;
- b) A educação permanente: sua compreensão a respeito, que valor atribui, se a realiza e como a realiza;
- c) A relação que estabelece entre a educação permanente em seu trabalho no NASF: se esta relação ocorre ou não, facilidades e dificuldades e que atores estão envolvidos.

As perguntas da entrevista por escrito e o TCLE e foram enviados aos participantes da pesquisa por e-mail ou impresso e respondidos fora do horário de trabalho. Na mesma oportunidade foram coletadas as assinaturas do TCLE. Na amostra final, dos onze pediatras que poderiam participar da pesquisa, nove responderam à entrevista por escrito. Um pediatra do NASF não demonstrou interesse em participar da pesquisa e um pediatra do NASF entrou em licença-prêmio (com afastamento por 3 meses) no decorrer da investigação.

A partir da entrevista por escrito foram coletadas informações sobre a formação profissional dos pediatras do NASF, suas concepções a respeito de sua atividade no NASF e a respeito da educação permanente no seu exercício profissional.

3.4.2 Grupo focal

Consciente das revelações que ocorrem no âmbito coletivo, optou-se pela aplicação da técnica de grupo focal. Os grupos focais têm sido considerados entrevistas em grupo, podendo contar com 3 a 10 participantes; permitem a interação e possibilitam a abordagem de vários temas em ambiente tranquilo e informal, conduzido por um moderador. Ele pode ser utilizado para a compreensão das diferentes percepções e atitudes sobre um fato ou prática (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre a percepção, crenças, valores e atitudes dos participantes da pesquisa, e colher informações a respeito da educação permanente em seu meio, o grupo focal privilegia a interação entre os sujeitos, colocando-os como protagonistas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 423).

A dinamicidade e trocas no grupo focal apresentam-se como desafio pertinente e necessário. O participante que se manifesta torna-se porta-voz de determinado fenômeno e sujeito ativo na análise e interpretação dos dados qualitativos (BACKES et al., 2011).

No grupo focal o moderador tem função dinamizadora, cuidando de cada fase do processo, definindo um guia norteador, com o resumo dos objetivos do encontro e

das questões a serem tratadas. Além disso, deve realizar combinados prévios para o bom andamento da atividade e convidar ao debate (BACKES et al., 2011).

A atividade de grupo focal seguiu um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora (apêndice B).

Além da pesquisadora atuando como moderadora, participou do grupo focal uma auxiliar da pesquisadora, que foi apresentada ao grupo. A auxiliar não possui envolvimento com a pediatria na SMS Curitiba e cuidou para que os gravadores estivessem em correto funcionamento, além de contribuir na observação e registro de percepções durante a atividade do grupo; esta auxiliar não chegou a atuar como moderadora, apesar de possuir experiência como facilitadora em processos educacionais com profissionais de saúde e com grupo focal.

A atividade de grupo focal foi realizada em uma sala de aula das Faculdades Pequeno Príncipe e foi preparada para receber os participantes dispendo as cadeiras em círculo, de modo a que todos pudessem se olhar. Foram instalados três gravadores em locais estratégicos de modo a garantir a gravação total do encontro, sem prejuízo ou perda das falas; além da realização de registro escrito das observações, com atenção à linguagem verbal e não-verbal, sentimentos e impressões.

Sobre uma mesa, num canto da sala, foram dispostos salgados e doces, suco e refrigerante.

O encontro ocorreu com seis médicos pediatras do NASF, fora do horário e do ambiente de trabalho, em ambiente neutro, com duração de uma hora e dezoito minutos. Um(a) participante estava em licença-prêmio de sua atividade profissional e não participou da pesquisa. Um(a) participante expressou sua vontade em participar do grupo focal, porém não pode comparecer, por motivo de doença na família. Um participante estava trabalhando em plantão hospitalar.

Após a acolhida aos participantes da pesquisa, todos foram convidados a sentar onde desejassem e foi feita breve apresentação de cada um. Foram expostos os objetivos da pesquisa e informados a respeito do papel das moderadoras, enfatizando que não haveria respostas certas ou erradas. A seguir, foi feita a apresentação das regras básicas (GONDIM, 2002 apud TRAD, 2009):

- 1) Falar uma pessoa de cada vez;
- 2) evitar discussões paralelas para que todos possam participar;
- 3) dizer livremente o que pensa;
- 4) evitar o domínio

da discussão por parte de um dos integrantes; 5) manter a atenção e o discurso na temática em questão.

As atribuições da moderadora e auxiliar foram: a) promover um ambiente de confiança, propício ao debate respeitoso; b) encorajar e garantir a participação de todos; c) estabelecer relações com os participantes, procurando manter a discussão ativa, aproveitando as “deixas” para ampliar e aprofundar o debate no que é relevante à pesquisa; d) estar atentas às comunicações não-verbais e o ritmo próprio de cada um, dentro do tempo previsto para o encontro (SCRIMSHAW; HURTADO, 1987 apud TRAD, 2009).

A questão disparadora para o grupo foi: “Como trabalhar a educação permanente para os demais profissionais da atenção primária, na atividade como pediatra do NASF?”.

A condução da atividade do grupo focal buscou necessariamente explorar os aspectos envolvidos para a realização da educação permanente de Pediatria no NASF. A intenção foi oportunizar a identificação ao longo do encontro: em que momentos, com quem, com que recursos, por que e para que se deve trabalhar a educação permanente no NASF em Pediatria. No decorrer do encontro surgiram questões relevantes ao grupo e a pesquisadora e sua auxiliar cuidaram para não interferir no andamento da reunião, não direcionar e/ou impor o seu ponto de vista do que era relevante para o tema (TRAD, 2009).

Buscou-se neste estudo manter atenção e receptividade às falas, propiciar um acolhimento delas, evitar qualquer julgamento ou crítica, respeitando a história, cultura, valores e cultivando a empatia necessária (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 419).

A pesquisadora e a auxiliar não encontraram dificuldades na condução do grupo focal. O encontro transcorreu em um clima de confiança e compartilhamento e ao seu término os pediatras relataram sua satisfação em participar da pesquisa.

A audição das falas e a transcrição das gravações permitiu a observação de núcleos significativos, que traduzem a importância do tema educação permanente no exercício profissional dos médicos pediatras do NASF.

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após coleta das informações, a interpretação e avaliação das informações, procura reconhecer unidades de sentido e significado, elencar categorias, temas e identificar padrões (HENDERSON, 2009 apud SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 447). Nesta pesquisa procurou-se observar as dimensões técnicas, políticas, sociais e humanas da educação permanente.

A análise de conteúdo baseou-se nas etapas do método proposto por Minayo (2012) e Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 451), com algumas adaptações, expostas a seguir:

- a) O conhecimento dos termos estruturantes: experiência, vivência, senso comum e ação; a busca pela compreensão de como se dá a educação permanente realizada pelos pediatras do NASF é o determinante para o desenvolvimento do presente estudo;
- b) A definição do objeto de estudo a partir da indagação que mobilizou o nascimento desta pesquisa;
- c) O delineamento das estratégias para coleta de dados, buscando o referencial teórico que a sustenta;
- d) O preparo para estar na investigação com o embasamento teórico mas com abertura para questioná-lo a partir da realidade encontrada, absorvendo as descobertas com atenção e receptividade;
- e) A ordenação, organização e impregnação (ou saturação) das informações, buscando impregnar-se do material recolhido, compreender e valorizar o que é relevante, não apenas do ponto de vista técnico, mas da vivência, experiência, senso comum e ação dos participantes da pesquisa;
- f) A construção da tipificação do material recolhido pela entrevista por escrito e pelo grupo focal, buscando organizar os relatos e dados em determinada ordem. Foram realizadas leituras transversais sobre o material recolhido para a elaboração das categorias; após a identificação de unidades de sentido nas grandes categorias buscam sintetizar o aspecto relevante de cada uma delas, procurando demonstrar aspectos homogêneos e heterogêneos em cada uma delas;

- g) O exercício de interpretação de segunda ordem, ou seja, a identificação e ampliação da teorização a partir de uma impregnação mais profunda no material encontrado;
- h) A produção de um texto que busca ser fiel ao material recolhido e que transmita a realidade de forma contextualizada e acessível;
- i) Assegurar a fidedignidade dos achados através do método científico, considerando aqui, a presença do pesquisador, o seu olhar, interesses e dificuldades. A procura por diferentes perspectivas, a comparação de falas por diferentes instrumentos de coleta; as contradições devem ser exploradas e a fidelidade à diversidade de pontos de vista expresso pelos interlocutores, fugindo da pretensão de esgotar como verdade absoluta a conclusão do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados foram informados sobre o caráter voluntário da participação na pesquisa, sobre o anonimato, sigilo das informações e da sua autonomia para desistir da pesquisa em qualquer momento que desejarem. Foi assegurado ainda que os dados serão utilizados estritamente para os fins desta pesquisa.

O constrangimento dos participantes para expor as respostas foi minimizado ao assegurar o absoluto sigilo quanto à identificação dos participantes nas respostas obtidas. Sua privacidade é totalmente respeitada, ou seja, o nome, qualquer dado/informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma identificá-los (as), será mantido em sigilo.

A pesquisadora trabalha na área de Saúde da Criança do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e atua com os temas científicos em Saúde da Criança na SMS Curitiba, sua interface com as sociedades científicas, prestadores de serviços em saúde, demais equipamentos da Prefeitura Municipal de Curitiba, órgãos governamentais da esfera estadual e federal, e órgãos não governamentais. A mesma também atua como médica pediatra do NASF e sua atuação aqui é exclusivamente como pesquisadora. No Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da SMS Curitiba existe a Coordenação do NASF, responsável pelo NASF de Pediatria, a quem

os pediatras do NASF se reportam; a pesquisadora não pertence à equipe desta coordenação e não está em posição hierárquica superior em relação aos demais pediatras do NASF.

Em virtude de conflito ético, há impossibilidade da pesquisadora participar respondendo ao questionário, expor seu ponto de vista sobre o tema proposto no grupo focal ou em eventual entrevista da pesquisa. A auxiliar da pesquisadora no grupo focal não tem qualquer envolvimento com a Pediatria na SMS Curitiba.

Todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciá-la. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e das Faculdades Pequeno Príncipe, e após a sua aprovação foi dado início à coleta dos dados.

O conteúdo das gravações e sua transcrição não possui qualquer identificação dos participantes. Cada um foi identificado com a letra M seguida de um número; suas falas são reportadas em itálico. Os Distritos Sanitários onde exercem sua atividade profissional foram identificados pelas letras DS seguida de um número. Os gestores foram identificados pela letra G seguida de números para distingui-los.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levando em consideração o que observou Minayo (2012), importante explorar qual a compreensão individual sobre o tema e se esta percepção se consolida, modifica-se ou desaparece a partir da experiência coletiva. Afinal, qualquer compreensão é sempre parcial e necessita outras perspectivas para alcançar um novo horizonte de saber; isto vale tanto para os participantes quanto à pesquisadora (MINAYO, 2012, p. 623).

A partir do exposto, há possibilidade de observar como ocorre a educação permanente realizada pelos médicos pediatras do NASF e suas reflexões a respeito desta atividade ao responder a uma entrevista por escrito individualmente, e ao refletir sobre a mesma coletivamente, em um grupo focal. Foi observada a presença de similitudes, concordâncias e/ou discrepâncias ao comparar o conteúdo das respostas na entrevista individual por escrito e os posicionamentos durante a atividade do grupo focal, no âmbito coletivo. O pensamento de Schön (2016) com ênfase na reflexão crítica permite considerações que alicerçam as descobertas do presente estudo.

4.1 O PERFIL DOS MÉDICOS PEDIATRAS DO NASF

É importante conhecer o perfil dos médicos pediatras do NASF, sua faixa etária, gênero, tempo de graduação e atuação na rede pública de saúde, o modo como costumam atualizar-se profissionalmente, para melhor observar sua concepção de educação permanente. Seu perfil pode ser identificado na tabela 1:

Tabela 1 - Perfil dos médicos pediatras do NASF em Curitiba, 2018

Faixa etária	Nº de pediatras
40 a 50 anos	3
51 a 60 anos	5
Acima de 60 anos	1
Gênero	Nº de pediatras
Masculino	2
Feminino	7
Faixa etária	Nº de pediatras
40 a 50 anos	3
51 a 60 anos	5
Acima de 60 anos	1
Tempo de graduação	Nº de pediatras
10 a 20 anos	2
21 a 30 anos	2
31 a 40 anos	5
Tempo de atuação no SUS	Nº de pediatras
10 a 20 anos	5
21 a 30 anos	4
Atualização profissional	Nº de pediatras
Cursos/ congressos	6
Livros/ revistas/ sites/ artigos de revisão	9
Capacitação em serviço/ reuniões	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Todos os médicos pediatras do NASF possuem residência médica em pediatria. Além desta, apresentam outras especializações como Endocrinologia Pediátrica, Gastreenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Nutrologia, Oftalmologia, Saúde Coletiva, Saúde Coletiva e Gerenciamento em Unidades de Saúde, Dependência Química, Ciência Política e área de atuação em Dermatologia Pediátrica.

4.1.1 Quanto à compreensão do que é o NASF

De acordo com o Ministério da Saúde a missão do NASF é apoiar o trabalho das equipes na Rede de Atenção à Saúde, ampliando a abrangência, o escopo e a qualidade das ações na Atenção Básica, e a de contribuir para o aumento de sua capacidade de cuidado (BRASIL, 2014, p.45).

Foi consenso entre os pediatras do NASF que se trata de um grupo de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, é possível observar que alguns pediatras resumem sua atividade apenas no sentido de auxílio e apoio em pediatria aos profissionais da ESF, enquanto outros expressam outros aspectos do NASF, como a responsabilidade em determinado território, o monitoramento, a

educação continuada, com atuação em rede. Isto pode ser observado nas respostas à entrevista por escrito:

- # M8: auxiliar os profissionais das US ESF.
- # M9: oportunidade de apoio em pediatria.
- # M2: uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada e apoiando as equipes saúde da família, nos territórios sob responsabilidade destas equipes.
- # M3: uma ferramenta para apoio, monitoramento e educação continuada.

4.1.2 Quanto ao entendimento das atribuições do pediatra do NASF

Entre as atividades previstas para atuação do NASF estão a educação permanente, o atendimento individual específico e compartilhado, as reuniões de equipe para discussão de casos e construção de projeto terapêutico singular, o atendimento em grupo, o atendimento domiciliar e as atividades coletivas (BRASIL, 2014, p. 23).

Algumas atividades citadas no instrumento de Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAF - NASF) foram também mencionadas pelos pediatras. Para os pediatras do NASF, a ênfase de seu trabalho está no apoio matricial.

Estas funções vêm sendo exercidas pelos pediatras do NASF, com diferenças de acordo com a realidade e possibilidade local. Observa-se que o reconhecimento do apoio matricial como sua atribuição é consenso entre todos os pediatras. Porém, deve-se considerar que o conceito de apoio matricial pode embutir algumas das atividades mencionadas, como a gestão de caso e a regulação de encaminhamentos, uma vez que traduz um leque de opções que apoiam as equipes em diferentes contextos e momentos. O apoio matricial em saúde refere-se à integração entre diferentes níveis de atenção, mas sobretudo oferecendo uma retaguarda assistencial com suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde. Como o NASF trabalha com diferentes cenários, prevê desde o atendimento conjunto como a discussão de temas prevalentes até a disponibilidade de um contato telefônico para discutir seguimentos ou urgências (CUNHA; CAMPOS, 2011). Outras atribuições consideradas pelos pediatras do NASF são o monitoramento das crianças de risco que pertencem ao seu território, onde identificam vulnerabilidades, a gestão de casos e a educação permanente. Dois pediatras consideraram as ações de promoção e prevenção na

saúde e apenas um considerou a discussão a respeito de processos de trabalho. Importante ressaltar que o NASF traz em sua concepção a perspectiva de, em conjunto com as equipes, ampliar sua capacidade assistencial, apoiando-as para este fim. Isto obrigatoriamente passa pela revisão dos processos de trabalho, em busca de arranjos operacionais que respondam às necessidades das pessoas; é esta característica que potencializa a capacidade de resolução dos problemas locais e transformação ativa da realidade na atenção primária (BRASIL, 2014, p. 52). O NASF possui importante papel na construção da rede de atenção à saúde ao estabelecer comunicação e integração entre as equipes da atenção primária e destas com os demais serviços de saúde ou órgãos de outros setores; entretanto, este aspecto não foi abordado pelos pediatras do NASF (SOUSA et al., 2017).

4.1.3 Quanto à atribuição que consideram mais importante como pediatra do NASF

Cinco respostas indicaram mais de uma atividade, com maior ênfase ao matriciamento, a capacitação dos profissionais e o monitoramento da criança de risco. Observa-se que os pediatras se referem às atividades educativas com diferentes termos como capacitação, treinamento, matriciamento e apenas um utiliza o termo educação permanente.

As atividades que podem compor a agenda dos profissionais do NASF têm como elementos estruturantes as reuniões de matriciamento, as reuniões de equipe NASF, Atendimento individual compartilhado e específico, o atendimento domiciliar compartilhado e específico, a atividade coletiva compartilhada e específica e a elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente (BRASIL, 2013). Entretanto, a dinâmica de trabalho junto a tantas equipes de saúde possivelmente excluem algumas atividades pela falta de tempo ou inviabilidade em realizá-las, como por exemplo, a dificuldade em conciliar horário com outros profissionais NASF. Cinco pediatras responderam mais de uma atribuição como sendo importante, como a identificação e monitoramento das crianças de risco, o matriciamento, a capacitação/ treinamento e a educação permanente; observa-se aqui diferentes denominações para atividades educativas.

4.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO NASF

Em relação à educação permanente, os dois instrumentos de coleta, a entrevista por escrito e o grupo focal, oferecem dados que permitem observar a compreensão dos pediatras do NASF a respeito e como se dá a educação permanente em sua atividade profissional. Há claramente uma confusão de termos, onde percebemos que se referem à educação permanente quando na realidade trata-se de ensino em serviço ou capacitação. As respostas à entrevista por escrito demonstram que alguns pediatras do NASF consideram a educação permanente um processo unidirecional, onde a transmissão do conhecimento parte apenas de um dos envolvidos. Isto reforça que as diferentes concepções a respeito impactam na forma como atuam em sua função educativa junto às equipes de saúde.

A concepção sobre a educação permanente no NASF expressa na entrevista por escrito é diferente da concepção expressa no grupo focal. No grupo focal há um desenvolvimento e expansão do conceito, demonstrando mudanças na compreensão do tema e a necessidade de aprofundá-lo com os médicos pediatras do NASF. Além disso, revela a importância da reflexão gerada pela atividade em conjunto potencializando uma perspectiva diversificada, a partir das experiências expostas pelos participantes do grupo focal.

A educação permanente deve promover uma aprendizagem significativa a partir de um conhecimento prévio dos atores envolvidos, com o compartilhamento de situações-problema e uma prática reflexiva (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Foi possível observar que no transcorrer do próprio grupo focal, a partir do conhecimento exposto no diálogo entre os pediatras do NASF, alguns demonstraram surpresa e concordância quando um outro colega contava estratégias utilizadas para a realização da educação permanente, ampliando sua compreensão a respeito da educação permanente; isto ficou evidente na anuência ao relato de uma pediatra:

#M6: “me’ parece assim, a mesma informação pra toda equipe, então faz uma unidade, né? Eu acho muito interessante isso, quando você faz um treinamento pra toda equipe junto, que todo mundo tá ali, né, sai de lá disposto a fazer aquilo que vocês fizeram, né? G.F.

4.2.1 Importância da educação permanente para os pediatras do NASF

Os nove pediatras do NASF que responderam à entrevista por escrito foram unânimes em ressaltar a grande importância da educação permanente na atividade do NASF e todos manifestaram grande interesse em aprofundar seu conhecimento a respeito. Algumas falas retratam esta valorização:

M1: “Todo o profissional precisa de educação permanente, mas como o nasf matricia, isto se torna essencial. (Entrevista por escrito).

M3: “Considero o matriciamento a ação mais relevante”. (Entrevista por escrito).

Quando questionados sobre o por que a educação permanente é importante, os pediatras do NASF a valorizam principalmente por estar relacionada à atividade de apoio matricial; a atualização no conhecimento, a possibilidade de gerenciar casos complexos, aproximar a equipe, além de construir e aprimorar fluxos, também são citadas.

Entre os motivos para a valorização da educação permanente os pediatras do NASF citaram que ela promove a melhoria na qualidade do atendimento, a possibilidade de multiplicar o conhecimento e pode gerar autonomia dos profissionais. A preocupação com a atuação dos profissionais frente às crianças de risco em maior vulnerabilidade e o fato das equipes não realizarem a puericultura fez com que fosse ressaltada sua importância. Com isto, a educação permanente no NASF demonstra ser uma importante ferramenta para a integração assistencial. A educação permanente no NASF orienta as equipes vinculadas de acordo com seu núcleo de conhecimento, agrega recursos de saber e procura aumentar a resolutividade na assistência às crianças (BRASIL, 2014, p. 46).

4.2.2 Quanto à frequência de atuação com educação permanente

Há diferenças significativas entre os pediatras do NASF quanto à frequência que realizam a educação permanente. Alguns referem que atuam com educação permanente frequentemente, a cada consulta compartilhada, outros referem que só

realizam educação permanente duas a três vezes ao ano; isto, entretanto, talvez reflita apenas a compreensão particular a respeito do que é educação permanente.

Os pediatras do NASF revelam a diferença entre o que realizam e o que julgam necessário, no tocante à realização de educação permanente. A organização da agenda dos profissionais é variada, de acordo com as demandas e possibilidades, com necessidades específicas. As atividades educativas são desenvolvidas a nível local, nas consultas compartilhadas e reuniões de equipe, ou a nível distrital, geralmente abordando categorias profissionais específicas. Entretanto, o fato de alguns pediatras citarem que realizam educação permanente apenas duas a três vezes ao ano ou “muito pouco” podem indicar que o compartilhamento e discussão de casos do dia-a-dia não estão sendo considerados como recursos para aprendizagem; mais uma vez, a ideia de educação permanente surge como sendo exclusivamente capacitações fora do ambiente de trabalho.

4.2.3 Quanto à frequência necessária à educação permanente no NASF

Os pediatras do NASF revelam que há necessidade de mais atividades de educação permanente em sua prática profissional. A frequência de educação permanente que avaliam ser necessária é superior à que efetivamente realizam

Quando há citação de que a necessidade de educação permanente deve ocorrer mensal ou bimensalmente, pode-se deduzir mais uma vez que a noção de educação permanente relaciona-se às capacitações fora do ambiente de trabalho e não à atividade diária, a partir das situações-problema que possam surgir.

4.2.4 Categorias e unidades de análise

Bispo Junior e Moreira (2017), ao abordar a educação permanente e as práticas do NASF, elenca “elementos essenciais para o bom desempenho do SUS: a qualificação técnica e o comprometimento político, humanístico e social dos profissionais de saúde”. É a partir destes elementos que a pesquisadora transpõe conceitos que considera fundamentais para a educação permanente no NASF e os aplica como categorias que auxiliam a compreender diferentes dimensões implicadas na educação permanente. A partir dos dados coletados são construídas categorias (dimensões subjacentes) com unidades de análise (ou núcleos de sentido) que

traduzem características desta categoria para identificar como se dá a educação permanente realizada pelos médicos pediatras do NASF e confrontar os dados obtidos de duas maneiras:

- a) Observar convergências e divergências na fala de um mesmo sujeito nos dois instrumentos de coleta da pesquisa, entrevista por escrito e grupo focal.
- b) Observar convergências e divergências na fala entre os sujeitos.

No Quadro 2 que segue são descritas as categorias e unidades de análise elencadas para a organização dos dados sobre a compreensão de educação permanente pelos pediatras do NASF:

Quadro 2 - Categorias e unidades de análise

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Dimensão Educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização do conhecimento prévio; • Conhecimento contextualizado; • Dialogia; • Compartilhamento; • Prática reflexiva.
Dimensão da Gestão Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da gestão para a educação permanente promovida pelo pediatra do NASF; • Articulação entre os diferentes níveis de gestão da saúde (central, distrital e local).
Dimensão Social	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento e articulação dos atores (profissionais, usuários e comunidade); • Repercussões da educação permanente promovida pelo pediatra do NASF (para a equipe, e comunidade).
Dimensão Humana	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconhecimento; • Alteridade; • Vínculo; • Autonomia.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

4.2.4.1 A dimensão educacional

No discurso dos pediatras é possível reconhecer uma categoria educacional que permeia sua atividade junto aos demais membros da equipe de saúde. A racionalidade técnica diz que os profissionais devem resolver de modo sistemático problemas instrumentais a partir de meios técnicos rigorosos, com teoria e técnica de preferência científicos (SCHON, 2016, p.15). A dimensão educacional não pode deixar de vincular-se à sua característica principal: a aprendizagem significativa. O apoio matricial se dá no cotidiano, nas consultas compartilhadas, às vezes nas conversas de corredor, evidenciando as necessidades da equipe identificadas pelos

pediatras do NASF. Os pediatras do NASF reportam situações vividas, dúvidas, fatores complexos que envolvem a escolha de determinado modo de conduzir um caso clínico, procurando compor com os colegas de equipe, a partir do que eles trazem e conhecem.

4.2.4.1.1 A valorização do conhecimento prévio

A partir da realidade vivenciada, a aprendizagem significativa considera o conhecimento prévio dos envolvidos, no cotidiano do trabalho e promove a reflexão sobre as práticas, levando à construção de um profissional crítico e reflexivo (PELLIZARI et al., 2002). As falas dos pediatras do NASF a respeito do conhecimento prévio na entrevista por escrito e no grupo focal demonstram a valorização do conhecimento prévio, tanto na entrevista por escrito como no grupo focal:

M3: “É trazer aos profissionais informações atualizadas num processo contínuo”. (Resposta à pergunta da entrevista por escrito “o que é educação permanente?”). M3: “E daí eu sempre chegava pra ele: “olha, vamos falar sobre tal coisa, me conte o que você sabe”, porque ele sabia tudo, né. E daí nisso, a gente ia construindo o conhecimento...”. (Grupo focal).

A entrevista por escrito não evidencia qualquer menção à valorização do conhecimento prévio dos colegas de equipe, pelos pediatras do NASF. Observa-se ampliação do conceito expresso sobre educação permanente no grupo focal; na entrevista por escrito o tema é abordado como sendo unidirecional, a educação permanente aparece apenas como repasse de informações. Backes et al. (2011) bem observam que o grupo focal tem a capacidade de expressar a tendência humana de formar opiniões e atitude na interação com os outros. Isto foi muito evidente no transcorrer do encontro do grupo focal, onde todos participaram com entusiasmo e atenção para discorrer sobre o tema. Pediatras que habitualmente são mais reservados expuseram suas opiniões e vivências, encorajados pelo relato de outros pares, surpreendendo a todos. As convergências e divergências sobre o conhecimento prévio entre os pediatras do NASF estão demonstradas as falas dos participantes:

M4: ... os médicos em geral, eles têm muitos anos de experiência, então eles têm assim uma vivência boa da medicina de família". (GF).

M3: "... E daí eu sempre chegava pra ele: 'olha, vamos falar sobre tal coisa, me conte o que você sabe... E daí a gente ia construindo o conhecimento". (GF).

M2: "...e eu fiquei com a técnica de enfermagem. Foi muito gostoso! Por quê? Ela faz o Programa da Criança, gente! ... nossa, eu fiquei encantada! (GF).

M1: "... não sei se acabei me adaptando assim, eu acabo atendendo sozinha e ... eles preferem também porque em virtude do RH que é pequeno, da demanda que é muito grande, depois eu me reporto a eles". (GF).

Nota: GF - Grupo focal

Na entrevista por escrito, foi possível observar respostas mais objetivas, sem se notar a valorização do conhecimento prévio, embora seja evidente a ideia de um *continuum* no conhecimento. Observa-se no grupo focal a preocupação de alguns pediatras em conhecer de onde pode partir para, em conjunto, construir um novo conhecimento. Porém isto não se dá com todos, pois alguns pediatras do NASF apenas compartilham os casos que atenderam, sem preocupar-se obrigatoriamente em mobilizar nos colegas de equipe o substrato de conhecimento que possuem para promover a aprendizagem. Considerar o conhecimento prévio é uma premissa para a aprendizagem significativa. É importante entender que cada um possui uma bagagem de conhecimento que pode e deve ser valorizada e aproveitada. Oportunizar espaço para que os profissionais envolvidos tragam à tona suas vivências, seu conhecimento, facilita a queda de barreiras, abrindo espaço para o diálogo franco e pode contribuir para diminuir a intimidação ou vergonha de se colocar perante outro colega. Paulo Freire (2005, p. 30) reforça que ensinar exige respeito aos saberes dos educandos.

A concepção de aprendizagem significativa vem com Ausubel (1973), quando reforça a importância de considerar o conhecimento pré-existente. Para este autor, este conhecimento serve como âncora para a construção de um novo conhecimento e a aprendizagem só ocorre quando há uma ampliação e reconfiguração do conhecimento prévio (AUSUBEL, 1973, p. 25). Para a aprendizagem significativa o problema é o disparador para o aprender (LIMA, 2016, p. 24). No processo de interação não-litera e não-arbitrária entre o conhecimento anterior e o novo, estes adquirem novo significado e maior estabilidade cognitiva. (MOREIRA, 2012). O aproveitamento do conhecimento prévio no processo de matriciamento pode

alavancar a aprendizagem, oportunizando a descoberta de novos conhecimentos. Os chamados subsunçores de Ausubel são o substrato de onde parte a possibilidade de desenvolvimento de novas estruturas de conhecimento (GOMES et al., 2008).

4.2.4.1.2 O conhecimento contextualizado

O trabalho do NASF acontece na dinâmica das equipes e não há como isentar-se de lidar com os problemas que surgem a cada instante, obrigando os pediatras do NASF à prontidão para responder à equipe de saúde. O reconhecimento do contexto, do momento oportuno para intervir como apoio à construção do conhecimento permite o surgimento de trocas valiosas para o desenvolvimento da educação permanente. Para proporcionar uma aprendizagem significativa na atuação do pediatra do NASF deve-se levar em consideração não apenas a bagagem de conhecimento anterior, mas contextualizá-lo a partir da realidade vivida junto às equipes de saúde. Este aspecto educacional é presente na fala dos pediatras do NASF, tanto na entrevista por escrito como no grupo focal, como exposto na fala dos pediatras no grupo focal a seguir:

M5: “Para que possamos estar aptos a orientar e treinar as equipes tanto sob o ponto de vista de conhecimento quanto do processo do trabalho”. (Resposta à pergunta ‘Por que a EP é importante no NASF?’).

M5: “(a educação permanente) trabalha menos formal, né? É mais fácil de você fazer, de fazer isso todo tempo, né, você não precisa ter um espaço, um horário. O local de trabalho e as demandas que vêm espontaneamente são o motivo... o assunto que você vai fazer educação permanente naquela situação específica, vem por uma demanda espontânea e você ‘tá’ ali. (GF).

M6: Então, e eu faço o mesmo, às vezes ‘tô’ vendo uma criança que é daquela equipe, o médico ‘tá’ com agenda cheia, mas eu digo: “olha, venha ver essa criança que é da tua equipe, me pediram pra atender”; então você pode colaborar com a equipe”. (GF).

A expressão sobre a importância do contexto na educação permanente aparece na entrevista por escrito ao ser mencionado o processo de trabalho da equipe; o grupo focal explora melhor a consideração ao contexto em que é realizada a educação permanente, demonstrando uma conexão às necessidades de tempo e espaço no transcorrer da atividade com educação permanente. Entre os diferentes pediatras do NASF não há unanimidade a respeito, como é demonstrado abaixo:

M4: Eu acho que a parte de educação continuada, pra mim, é no dia-a-dia, não tem sido assim feito depois. (GF).

M6: “Nas minhas Unidades que eu atendo, a grande maioria atende PA (pronto-atendimento), pouca reunião de equipe e não tem mais ‘esse paciente é da minha área, vamos ver o que que está acontecendo na minha área’; essa visão ‘tá’ se perdendo no meio do volume de atendimento”. (GF).

Nas falas acima observa-se que não há concordância entre os pediatras, uma vez que seu cotidiano no NASF é estar junto às equipes para apoio às demandas que surgem. Porém, as dificuldades diante da grande demanda, a desigualdade de quantidade e qualidade dos recursos humanos nas diferentes equipes de saúde e a sobrecarga das equipes tendem a prejudicar a educação permanente, especialmente quanto à falta de tempo para as equipes poderem conversar sobre as situações-problema. O trabalho compartilhado vê-se prejudicado diante desses obstáculos e estes ficam mais evidentes quando os parâmetros exigidos são muito diferentes para cada equipe (LANCMANN et al., 2013). Por outro lado, a oportunidade surge daí, da necessidade de se reinventar, de questionar os processos de trabalho, de mobilizar os diferentes atores para a transformação da realidade.

Partindo da realidade vivida, o reconhecimento do momento oportuno para promover a aprendizagem significativa também tem sido aproveitado, as necessidades podem ser identificadas tanto por alguém da equipe da saúde como pelo próprio pediatra do NASF. Os problemas são parte importante e atuam como disparadores para o processo de ensino-aprendizagem (DEWEY, 2011 apud LIMA, 2016, p. 24). É a partir dos materiais que compõem um problema que os profissionais devem construir sua compreensão (DEWEY, 1938 apud SCHON, 2000, p. 16). Além de atuarem como pontes entre a teoria e a prática, os problemas dão sentido e são capazes de mobilizar os saberes para uma intervenção que transforme e promova melhorias (LIMA, 2016, p. 24). O conhecimento contextualizado reforça a importância de aprender para a mudar a realidade.

4.2.4.1.3 A dialogia

A valorização da escuta ativa das necessidades da equipe está expressa nos dois instrumentos de coleta da pesquisa. As trocas entre os pediatras do NASF acontecem no cotidiano e isto é expresso na entrevista por escrito e no grupo focal. Em alguns casos há coerência no discurso da entrevista por escrito e no grupo focal, com valorização pelos pediatras do NASF quanto à importância do diálogo. A disposição e disponibilidade para ouvir aparece como componente essencial na atividade do pediatra do NASF, porém nem sempre ela está presente no seu exercício profissional. No grupo focal houve expressão da dificuldade em articular-se com profissionais do NASF de outras categorias e de participar de reuniões de equipe. A expressão desta realidade pode ser observada a seguir:

M2: Aí eu comecei a fazer amizade com os auxiliares, comecei a conversar, a contar: "... como é que é aí na tua área? Como é que é o teu território? Como é que é a tua vivência de população e tal...?". (GF).

M6: "Gente, a gente nunca faz reunião do NASF no distrito. Não existe, né? A gente nunca faz reunião do NASF da Unidade". (GF).

O relato de dificuldades para estabelecer o diálogo entre o pediatra do NASF e equipes e/ou gestores também foi observado na pesquisa. Por ser apoio das equipes, o NASF depende de parcerias com os demais para que o trabalho transcorra bem; daí a importância da qualidade suas relações profissionais (LANCMAN et al., 2013).

Não é raro observar dificuldades de entendimento quando não há uma escuta ativa mútua, onde os diferentes sujeitos buscam apenas expressar suas angústias sem se preocupar em ouvir e atentar para o que o outro quer dizer. O stress no exercício profissional é um importante fator que pode contribuir para a ausência de diálogo com grande prejuízo para as relações interpessoais e o desempenho profissional. A garantia de espaços de escuta e diálogo, considerando estas relações interprofissionais são importantes na construção do conhecimento na saúde (BARBOSA; BOCCHI; BARBOSA, 2014, p.14).

À medida que a confiança é alicerçada pelas vivências comuns, o vínculo fortalece as relações entre os envolvidos nesta aprendizagem. Esta aprendizagem é sempre via de mão dupla, pois todos ensinam e aprendem. Como Freire (2005, p. 60) observa, "a dialogicidade verdadeira, em que os sujeitos dialógicos aprendem e

crecem na diferença, sobretudo, no respeito a ela, é a forma de estar sendo coerentemente exigida por seres que, inacabados, assumindo-se como tais, se tornam radicalmente éticos”.

Alguns pediatras do NASF conseguem realizar a educação permanente, sem ter necessariamente estudado a respeito; ainda que de modo intuitivo, conseguem desempenhá-la observando uma dialogia que constrói o conhecimento novo. É preciso estar atento e receptivo ao olhar do outro, poder expressar a sua perspectiva, compor uma compreensão da realidade que vai além da unilateralidade que permita ampliar a visão de necessidades e soluções. Para além das questões técnicas, olhares diferentes contribuem para encontrar meios e objetivos definidos e consistentes, procurando conciliar, integrar e realizar escolhas. Como cada situação é única, a incerteza, singularidade e divergências de valores não raro ultrapassam a racionalidade técnica (SCHON, 2016, p. 17). A empatia, a escuta atenta e a liberdade para expor sua bagagem de conhecimento surgem como recursos valiosos para sair dos monólogos múltiplos para avançar rumo à construção do diálogo franco, verdadeiro, isento de preconceitos e livre para construir relações humanas e estabelecer parcerias no ambiente de trabalho para a educação permanente.

4.2.4.1.4 O compartilhamento

O estímulo ao estudo, à pesquisa, os *feedbacks* também são ferramentas de aprendizagem; há uma tendência em entender a educação permanente como transmissão de conhecimento a partir de eventos maiores, fora do espaço das Unidades de Saúde, porém isto não exclui a possibilidade de discussão a respeito da realidade vivida. Muitas vezes a consulta compartilhada é preterida, em virtude da própria dinâmica de algumas Unidade de Saúde, privilegiando o atendimento individual. Entretanto, ainda que o atendimento seja individual, há compartilhamento de informações e discussão a respeito dos casos atendidos. Isto nos leva a observar que, apesar de alguns pediatras expressarem que realizam educação permanente raramente, ela acontece mesmo sem eles perceberem; o conceito de educação permanente precisa ficar mais claro para que os pediatras do NASF se apropriem dele. As expressões abaixo retratam o compartilhamento, na entrevista por escrito e no grupo focal:

M5: “a educação permanente vem da troca contínua entre os profissionais, das necessidades da comunidade assistida...” (Resposta à pergunta ‘quem você avalia que deva participar no planejamento das atividades de EP?’).

M5: “... eu faço sempre, as consultas são matriciadas, Sempre... se o médico não estiver, eu faço com o enfermeiro; se o enfermeiro não estiver eu faço com o técnico ou com o auxiliar. Porque eu acho que é importante ter alguém da equipe que fique a par do que está acontecendo”. (GF).

Os pediatras do NASF demonstram congruência tanto na entrevista por escrito como no grupo focal, quanto à importância do compartilhamento para a educação permanente. O modo de compartilhamento é diferente entre os pediatras; enquanto alguns só fazem consultas compartilhadas, outros preferem atender individualmente para posteriormente levar à equipe as suas impressões, para então discutir os casos. Seja como for, o importante é sempre compartilhar. Os pediatras mostram diferenças entre si, a depender do temperamento e personalidade de cada um, como mostram as falas abaixo:

M5: “... eu faço sempre, as consultas são matriciadas, Sempre... se o médico não estiver, eu faço com o enfermeiro; se o enfermeiro não estiver eu faço com o técnico ou com o auxiliar. Porque eu acho que é importante ter alguém da equipe que fique a par do que está acontecendo. (GF).

M4: “eu separo os casos que eles consideram que não estão conseguindo resolver e eu atendo e repasso... Eu acho que a parte de educação continuada, pra mim, é no dia-a-dia, não tem sido assim feito depois. Talvez, não sei se é por eu ser assim, né, mas pra mim acaba sendo individual”. (GF).

A Dra. Barbara Starfield chama atenção para a integralidade da atenção a partir das interações entre profissionais e usuários do sistema de saúde. A atenção primária é a responsável pela coordenação clínica dos pacientes compartilhados em vários *locus* da rede assistencial (STARFIELD, 2002, p. 314). Cunha e Campos (2011) reiteram que a atenção primária possui uma responsabilidade global e intransferível pelo usuário; porém, apesar de intransferível, ressaltam que a responsabilidade é compartilhável. Para estes autores, a diferença de valorização social/ organizacional dos saberes profissionais e de serviços complementares contribui para a dificuldade de integralidade na atenção (CUNHA; CAMPOS, 2011). O compartilhamento e a integração entre saberes profissionais deve obrigatoriamente iniciar dentro da própria equipe da atenção primária, onde é fundamental o compartilhamento das situações-

problema, configurando a gestão de casos complexos e reduzindo a fragmentação da atenção.

O modo de atuar para a educação permanente junto às equipes é diferente entre os pediatras do NASF. Enquanto para alguns é muito clara e fácil a interação com outros colegas, para outros, a depender de seu perfil, características pessoais e oportunidades de troca, o compartilhamento fica bastante prejudicado. Apesar de ser possível observar na resposta em questionário, o conhecimento de sua atribuição como pediatra do NASF, na troca de experiências em grupo focal, fica evidente como se dá a prática isolada para alguns. Certamente, há nisso prejuízo para construir uma unidade na atenção. O compartilhamento de informações, impressões e experiências entre os profissionais, aumenta a congruência da atenção e oportuniza o planejamento de projetos terapêuticos e sua avaliação (SOUSA et al., 2017). Um dos objetivos do apoio matricial é um especialista apoiar outro profissional com outro núcleo de formação para ampliar a eficácia de sua atuação (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O **compartilhamento das situações-problema** ocorre em diferentes espaços por onde os pediatras do NASF transitam, com diferentes categorias profissionais, a partir da realidade que vivenciam. Há diversas ferramentas de compartilhamento e os aplicativos telefônicos de trocas de mensagens têm se tornado os mais rápidos, permitindo interlocução oportuna e eficiente.

Definir o problema a ser abordado pela equipe de saúde pressupõe a visão pessoal e particular de cada um, enriquecendo a compreensão a partir de diferentes pontos de vista. Schön (2000, p. 16) chama atenção para o fato: “Quando um profissional define um problema, ele escolhe e nomeia os aspectos que irá observar [...]”. Através de atos complementares de designação e concepção, o profissional seleciona os fatos aos quais se ater e os organiza, guiado por uma apreciação da situação que dá a ela coerência e estabelece uma direção para a ação (SCHÖN, 2000, p. 16). Assim sendo, a definição de problemas é um processo ontológico, uma maneira de apresentar uma visão de mundo (GOODMAN, 1978 apud SCHÖN, 2000, p. 16). Para Cunha e Campos (2011), o apoio matricial enfrenta os impasses ao propor novas formas de contratos entre os profissionais de saúde e desses com os usuários.

O envolvimento de outros profissionais não médicos nas discussões das necessidades em saúde contribui para uma visão multifacetada das situações, estabelecendo trocas de informações que enriquecem a abordagem e o entendimento

dos casos atendidos. É bastante significativa a interação entre a enfermagem e os pediatras do NASF. Vários reportam o quanto a enfermagem é parceira, está mais predisposta ao atendimento compartilhado, à troca de informações, como é possível observar na fala de alguns pediatras, no grupo focal:

M4: O meu contato... eu vejo que é maior com as enfermeiras, porque são elas que fazem a puericultura. Eu vejo que... os médicos passam, mas quem vai interrogar, basicamente, são elas. (Grupo focal).

M1: ... assim, no intervalo entre uma consulta e outra, vem uma auxiliar de enfermagem de uma área e me fala: 'ah, sabe aquela criança lá do HIV que o pai e a mãe não querem fazer o exame?...'. (Grupo focal).

A transversalidade da informação aproxima, amplia, constrói rede e contribui para uma unidade na atenção. O apoio matricial trabalha numa relação personalizada entre as equipes, construindo um leque de oportunidades ao ampliar os cenários de compartilhamento e discussão, seja num atendimento conjunto, a participação em reuniões para discutir temas de interesse da equipe, construir diretrizes ou projetos terapêuticos, analisar estratégias para lidar com a demanda/ recursos da equipe, discutir situações de urgência/ emergência e avaliar encaminhamentos e seguimentos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A dificuldade dos profissionais da equipe em perceberem o processo educativo é um forte fator para dificuldade para a implementação da educação permanente em saúde. Ao ampliar a compreensão de educação permanente no compartilhamento e perceberem que podem se tornar protagonistas de seu próprio aprendizado, os profissionais das equipes de saúde podem potencializar a condução de mudanças cotidianas, em benefício de todos, principalmente dos usuários (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

4.2.4.1.5 A prática reflexiva

A reflexão do exercício profissional no transcorrer deste exercício é um desafio que se impõe, à medida que novas situações surgem no cotidiano, exigindo flexibilidade, congruência e resolutividade. As falas dos pediatras sobre uma prática reflexiva expressam diferenças, na entrevista por escrito e no grupo focal, como demonstram suas expressões a seguir:

M1: “É estar sempre aprendendo e atualizando o aprendizado”. (Resposta à pergunta ‘o que é educação permanente para você?’, entrevista por escrito)

M1: “Depois que eu entrei no NASF ..., mas eu mais aprendi, também volto com o que eu ensinei, porque isso requer que a gente faça uma pesquisa, que a gente estude, que a gente vá atrás, que a gente saia da linha de conforto. Porque quem participa da atuação da educação permanente, continuada, ele sai um pouco da linha de conforto, não é?”. (GF).

M2: “estratégia que promove transformações no processo de trabalho”. (Resposta à pergunta ‘o que é educação permanente para você?’, entrevista por escrito).

M2: “Não é só o ensinar, é o aprender esse processo de ensinar e aprender e a gente cresce junto, não é?”. (GF).

O grupo-focal acabou tornando-se espaço privilegiado para um processo reflexivo sobre a prática executada pelos pediatras do NASF. No quadro 12 observa-se uma maior consciência sobre como alguns processos ocorrem a partir do compartilhamento de vivências e impressões, identificando-se semelhanças nos desafios e superações comuns:

A dinâmica das equipes de saúde implica muitas vezes em atender as demandas dos usuários, comprometendo a reflexão sobre o que estão realizando, o impacto de suas ações, os desdobramentos sobre os demais membros da equipe. O **conhecer-na-ação** refere-se aos tipos de conhecimento que se revelam nas ações inteligentes. “O ato de conhecer está na ação” (SCHÖN, 2000, p.31). Observar e refletir sobre as ações realizadas permite uma descrição do saber tácito que está implícito nelas” (SCHÖN, 2000, p.31). Este conhecer-na-ação ocorre de modo imediato e muitas vezes não há consciência de que este conhecimento está sendo incorporado. Quando há aprendizagem, rapidamente incorpora-se a capacidade de dar conta das atividades do dia-a-dia; mas como há sempre um elemento que foge ao esperado, há que se fazer o enfrentamento ou deixando-o à parte ou encarando-o através da reflexão.

Sem o reconhecimento de limitações e dificuldades é impossível o encontro de soluções para as demandas do cotidiano profissional. Os percalços inerentes à atividade profissional do NASF são expressos no seu discurso e no decorrer do próprio grupo focal foi possível observar que a reflexão sobre a prática acontecia no

momento em que determinada situação era relatada. O grupo focal oportunizou a conscientização de situações até então sequer levantadas.

Arendt (1971 apud SCHÖN, 2000, p. 32), expõe um dito popular muito significativo: “pare e pense”. Parar e refletir são fundamentais para qualificar a ação. É na **reflexão da prática** que se identificam fatores que estão interferindo positiva ou negativamente e que podem ser aprimorados, que é possível identificar o papel que cada um desempenha, os ajustes para melhoria da comunicação e construção de uma sinergia positiva para o trabalho. Diante de um desafio é possível ignorá-lo ou refletir sobre ele posteriormente, sem ter qualquer relação com o presente. Entretanto, a reflexão sobre a ação durante o seu transcurso permite corrigi-la, aprimorá-la ainda dentro do contexto, durante o seu desenvolvimento; este **presente-da-ação** propicia encontrar novas maneiras de fazer e Schön (2000, p. 32) denomina este processo de **reflexão-na-ação**.

Bransford (2007 apud LIMA, 2016, 15) ressalta “o desenvolvimento da metacognição como uma estratégia voltada à identificação dos pontos fortes e frágeis no processo de aprender”; esta autora cita a busca, pela autorregulação, “do controle da aprendizagem, por meio da definição de objetivos e do monitoramento de seu próprio progresso em alcançá-lo”. Uma situação problemática traz em si uma singularidade que permite transcender, pois muitas vezes o arcabouço de conhecimento não é suficiente para responder às necessidades apresentadas. Para atender com competência há que se buscar estratégias situacionais produzidas pelos atores envolvidos (SCHÖN, 2000, p. 17).

Flavell (1979) cita o termo metacognição para o conhecimento sobre o conhecimento, à faculdade de dirigir a compreensão e avaliar o que foi aprendido, planejar e construir estratégias (FLAVELL, 1979). A metacognição é a “aprendizagem sobre o processo de aprendizagem” e relaciona-se à consciência e ao automonitoramento do ato de aprender, ao mobilizar os recursos internos com os objetos externos (DANTAS; RODRIGUES, 2013). A metacognição refere-se ao conhecimento do próprio conhecimento, à consciência dos processos e competências necessárias para a realização de atividades; diz respeito ao controle ou autorregulação, com capacidade de avaliar uma execução e corrigi-la, quando necessário, com domínio da atividade cognitiva, da responsabilidade dos processos executivos centrais que avaliam e orientam as operações cognitivas (RIBEIRO, 2003). Corrêa, Passos e Arruda (2018) afirmam que a metacognição é literalmente “pensar

sobre o pensamento”, onde há “tomada de consciência, com monitoramento, avaliação e autorregulação da aprendizagem”.

Até que ponto os médicos conseguem realizar uma reflexão aprofundada a respeito dos problemas com que se deparam no exercício como educadores é difícil mensurar. É evidente a frustração de alguns pediatras frente à impossibilidade de reunir-se com a equipe para trocar informações e impressões, a impossibilidade de avaliar o que se faz. Não raro, o envolvimento com a diversidade de demandas pode impedir o “parar e pensar”, especialmente no transcurso do trabalho que precisa ser cumprido e tem hora para terminar. No transcorrer do grupo focal foi possível observar que os participantes foram se sentindo mais à vontade, à medida que identificavam situações, angústias e desafios comuns.

Entre as variáveis que podem interferir no alcance da metacognição estão a própria pessoa, a tarefa e a estratégia, bem como a relação entre estas (FLAVELL; WELLMAN, 1975).

Para Corrêa, Passos e Arruda (2018) o aprender está vinculado a uma renovação, uma necessidade de busca e indagação, através de uma relação e interação com o mundo.

Ao mesmo tempo, no compartilhamento de suas vivências, a escuta atenta dos pediatras do NASF certamente contribui para algum grau de reflexão íntima a respeito de sua prática. O processo de reflexão-na-ação possui uma sequência, um passo-a passo que leva à superação e prepara para o desafio seguinte, conforme Schön (2000, p. 33) explicita:

- a) No início, há uma situação à qual se responde com um conjunto de estratégias, compreensão e forma de entender, utilizando o processo implícito de conhecer-na-ação. Enquanto não há um elemento surpresa e as ações desempenhadas responderem aos resultados esperados, este primeiro momento funciona sem dificuldades;
- b) Quando há resultado inesperado e algo não se encaixa ao conhecer-na-ação, causando surpresa, isto chama a atenção;
- c) A surpresa conduz a uma reflexão no presente-da-ação. Não raro se busca saber o que é que se apresenta e o que bagagem de conhecimento a respeito possuímos. O pensamento se volta para o fenômeno e também para si próprio;

- d) A reflexão-na-ação possui uma função crítica, questionando a estrutura de pressupostos do que se conhece. O pensamento crítico leva à reestruturação de estratégias de ação, de compreensão dos fenômenos e a foram de conceber os desafios;
- e) A reflexão leva à experimentação; ao pensar e experimentar novos caminhos é possível testar e confirmar, ou não, a solução encontrada.

Na fala de um pediatra do NASF, surge uma reflexão que faz sobre seu trabalho:

M5: (fala pausada, como se refletisse e buscasse as palavras certas para expressar seu pensamento): Bem, ... eu acho que pra gente conseguir realmente atingir mais objetivos a gente precisaria ter, é... uma mudança no enfoque do que é saúde pública, né, pra nós. (Grupo focal).

Para Schön (2000, p. 34), a crítica e a reestruturação no ato de conhecer-na-ação pode ser considerado um fenômeno único, capaz de desencadear o levantamento de novos problemas, pois sua significação desencadeia uma resposta imediata e mais pensamentos que afetam o que fazemos.

A reflexão crítica de um grupo de profissionais sobre seu próprio desempenho pode constituir um círculo de aperfeiçoamento profissional, buscando alcançar uma contínua melhora da condição de saúde da população que assiste (MENDES, 2012, p. 392). Através do autoconhecimento, da autoavaliação e da implementação de mudanças, a educação permanente pode contribuir significativamente para aprender e transformar.

4.2.4.2 A dimensão da gestão municipal

A forma de atuar de uma gestão, sua governança, organização, a escolha de suas prioridades, a interface com os diferentes atores governamentais e não governamentais e segmentos da sociedade civil organizada ou não, impactam diretamente na forma que os profissionais de saúde realizam o seu atendimento à população.

As rápidas mudanças no perfil demográfico, os aspectos econômicos, sociais, culturais, ecológicos exigem respostas ágeis a fim de acompanhar o compasso das demandas da sociedade. A mudança no papel da criança em nossa sociedade, o

aumento da sobrevivência da população, a mudança do perfil epidemiológico, a quantidade, a formação e qualificação dos profissionais de saúde, trazem consequências importantes para o trabalho da Pediatria.

Nos diferentes níveis de atenção à saúde, a qualificação e resolutividade da atividade profissional é um desafio para os gestores (GONÇALVES et al., 2015).

No início do trabalho dos médicos pediatras do NASF, a ênfase no acesso avançado causou uma profunda transformação no acompanhamento das crianças e a puericultura deixou de ser praticada em muitas Unidades de Saúde. A função do pediatra do NASF teve ênfase na regulação de filas de espera, apesar de também realizarem o monitoramento das crianças de risco e apoio matricial, com uma menor preocupação em realizar a educação permanente no cotidiano das equipes. Porém, à medida que houve maior contato com as avaliações do instrumento AMAQ (Avaliação da Melhoria da Atenção e Qualidade) voltado para o NASF, foi se modificando a percepção no que diz respeito à importância da educação permanente junto às equipes.

Com a retomada gradativa da puericultura realizada pelas equipes de saúde, a estratificação da condição de risco das crianças permite identificar de maneira mais sensível as necessidades da população infantil. A sensibilização e o monitoramento das condições de risco também foram apontados como um instrumento para a educação permanente realizada pelos pediatras.

Com base nas Redes de Atenção à Saúde, a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e fundamenta-se em três aspectos principais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012, p. 49).

O modelo de Atenção às Condições Crônicas adotado na gestão atual reconhece a infância e a adolescência como ciclos de vida, portanto uma condição crônica, que exige atenção e cuidado. Este modelo de atenção preconiza a gestão da clínica, que caracteriza-se por um conjunto de tecnologias de microgestão. Ao privilegiar a construção de diretrizes clínicas com base em evidências científicas, este modelo de atenção busca prover uma atenção à saúde com qualidade na gestão das condições de saúde das pessoas, com gestão de casos específicos, auditoria clínica e regulação pela qualificação de filas de espera (MENDES, 2012, p. 368).

A partir da elaboração de diretrizes clínicas observa-se a necessidade de aperfeiçoamento profissional, buscando atualizar os trabalhadores da saúde para

melhor atender às demandas da população que assistem. Para a assimilação do conhecimento e mudança de comportamento tanto de profissionais como da população, a educação permanente busca assumir uma contemporaneidade, com metodologias que aperfeiçoem a prática profissional (MENDES, 2012, p. 390-391).

A mudança de prática a partir da educação permanente envolve múltiplos fatores; Mendes (2012) nos fala de fatores predisponentes, fatores habilitadores e fatores reforçadores, que respectivamente, dizem respeito ao desenvolvimento de competências, da facilitação para o desenvolvimento dessas competências e os sistemas de informação. Além destes há outros fatores multipotenciais, como feedbacks vindos do reconhecimento, valorização, incentivos econômicos e não-econômicos que podem contribuir para a mudança da prática clínica (MENDES, 2012, p. 391).

4.2.4.2.1 O apoio da gestão para a educação permanente

A presença da gestão no trabalho com educação permanente para os pediatras do NASF reflete-se nos espaço e tempo disponibilizados, seja nas agendas dos profissionais ou nos momentos em que se privilegiam capacitações distritais. A seguir, as falas da entrevista por escrito e do grupo focal dizem respeito à participação da gestão para as atividades de educação permanente:

M2: “sensibilização dos gestores, garantia de tempo, educação permanente para equipes das US ESF e NASF (processo de ensinar /aprender)”. (Resposta à pergunta “o que é necessário para melhorar sua função educativa como pediatra do NASF?”).

M2: “Quando você encontra um gestor também com a cabeça um pouco mais aberta, que concorda... então assim, a gente tá num processo, né, claro que esse processo tem idas e vindas, né? A gente consegue, daqui a pouco a gente não consegue mais, a gente volta, a gente insiste, né?”. (GF).

M1: “(...) no modelo atual não conseguimos exercer essa função como gostaríamos devido ao grande número de equipes que assistimos”. Resposta à pergunta “o que é necessário para melhorar sua função educativa como pediatra do NASF?” na entrevista por escrito.

M1: “(...) Isso aí vem bem lá de cima. Se a gestão em cima, o pessoal do distrito não dá o apoio fica muito difícil, sabe?... Outra coisa importante, importantíssima, acho que é a parte dos gestores... Acho que eu tenho uma vantagem assim, do meu Distrito inclusive ela pede, ela solicita, achei muito legal...”. (GF).

Esta compreensão da importância do apoio da gestão e da articulação entre os diferentes níveis de gestão revela-se tanto na entrevista por escrito como no grupo focal. O aval dos gestores para a efetivação da educação permanente exercida pelo pediatra do NASF é muito importante, pois respalda o esforço do pediatra do NASF em transformar a realidade a partir da sensibilização e desenvolvimento de competências nos profissionais das equipes de saúde. Entretanto, o apoio da gestão expresso pelos pediatras do NASF dá-se de forma heterogênea, pois enquanto em alguns distritos sanitários encontra espaço privilegiado para que aconteça, outros revelam fragilidades e inconsistências. Isto acaba levando à insegurança e desmotivação, uma vez que não há congruência entre as necessidades identificadas por alguns pediatras e a realização das ações necessárias para a educação permanente junto às equipes. Os pediatras do NASF revelaram o quanto necessitam e valorizam o apoio da gestão para que suas atividades alcancem o objetivo desejado; quando isto não ocorre, a insatisfação é evidente e compromete o desempenho de sua função.

Nesse contexto, torna-se importante destacar os aspectos estruturais e processos de trabalho das equipes de saúde.

O trabalho dos pediatras do NASF caracteriza-se por ações compartilhadas, em grupo e multiprofissionais (GONÇALVES et al., 2015). As trocas de gestão com a ausência de continuidade nas políticas públicas, as mudanças de estruturas e processos de trabalho nas equipes de saúde, a quantidade de recursos humanos, sua qualificação, a redistribuição dos profissionais das equipes de saúde, inclusive do NASF, trouxeram repercussões nas ações desempenhadas pelos médicos pediatras do NASF, como se observa abaixo:

M2: "... Primeiro éramos três, daqui a pouco ficou um, agora somos duas, aí a gente começa tudo de novo, né? Aquela equipe que você já estava formando um vínculo, que você já estava conhecendo, estava confiando em você... não, agora troca, ..., vem uma outra pessoa... Então, 'tá' meio confuso ainda, eu acho que a gente vai levar alguns meses pra conseguir de novo, né, começar tudo de novo, mas eu acho que é o que a gente está conseguindo fazer". (Grupo focal).

Ainda que haja uma preocupação com um novo modelo de atenção à saúde, a transição e incorporação pelas equipes de novos processos de trabalho não ocorrem simplesmente por determinação do nível central. A organização dos processos de trabalho das equipes ESF é diferente e os pediatras deparam-se com dificuldades

para conciliar agendas no pouco tempo para compartilhar alguns casos. Esta defasagem pode levar a relações conflituosas e até mesmo contraditórias dentro da equipe de saúde (LANCMAN et al., 2013; GONÇALVES et al., 2015).

Por outro lado, observa-se que há um senso comum a respeito da educação permanente como um momento específico de capacitação, perdendo-se, às vezes, a oportunidade de promover o aprendizado necessário à transformação da prática local, na situação-problema que surge; isto demonstra a necessidade de preparar os pediatras do NASF para a adequada leitura da oportunidade de fazer aprendizagem junto aos demais colegas da atenção básica. A educação permanente no NASF fica a depender do perfil, conhecimento e habilidade dos profissionais, dos diferentes processos de trabalho nas equipes, como expresso no grupo focal:

M4: Eu acho que quando se trabalha de manhã é muito mais difícil (a educação permanente)! Porque é quando ferve a Unidade de Saúde, é um movimento que ninguém consegue parar... De manhã isso é impossível, ninguém consegue parar a equipe... (Grupo focal).

Fica evidente a importância do apoio do gestor, seja a nível local, distrital ou central, para o desempenho em educação permanente pelo pediatra do NASF. Inúmeras são as causas para as dificuldades encontradas, desde falta de recursos humanos, agendas de consultas lotadas, a utilização inadequada dos serviços de saúde pela população, que desconhece as responsabilidades de cada nível de atenção (atenção primária, urgência/ emergência, por ex.). O desconhecimento pela população a respeito da organização dos serviços de saúde leva o gestor a ter que se adaptar para atender às necessidades da população, procurando minimizar sua insatisfação mas comprometendo por vezes a atenção programada na Unidade de Saúde.

O grau de resolutividade dos profissionais envolvidos com a educação permanente e a consequente qualificação com melhoria nos processos de trabalho justificam a necessidade de apoiá-la. Uma maior compreensão sobre os desdobramentos da educação permanente e dos benefícios decorrentes de sua implementação pode desencadear uma forte pressão sobre as instâncias gestoras e deliberativas. Além disso, à medida que os atores envolvidos se conscientizam de seu protagonismo na construção de um conhecimento genuíno, alicerçado na prática

cotidiana, pode-se potencializar mudanças ascendentes e positivas para todos (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

4.2.4.2.2 A articulação entre os diferentes níveis de gestão da saúde (central, distrital e local)

A integração nas redes de atenção à saúde é necessária para garantir o fluxo de informações relevantes. A participação articulada entre membros de uma mesma equipe e desta para outros níveis de atenção requer disponibilidade e flexibilidade. Para garantir os espaços de compartilhamento, tão importantes ao exercício da educação permanente, a articulação da equipe de saúde, NASF, distrito sanitário e nível central é fundamental. Esta articulação é percebida pelos pediatras do NASF, que a expõe muito bem, tanto na entrevista por escrito como no grupo focal, conforme o Quadro 15:

M1: “Outra coisa importante, importantíssima, acho que é a parte dos gestores, que vocês falaram também, né? ...é o **apoio da gestão**. Isso aí vem bem lá de cima. Se a gestão em cima, o pessoal do distrito não dá o apoio fica muito difícil, sabe? Isso, eu tenho essa vantagem... Fizemos assim cem por cento das Unidades, Apesar de RH pequeno, ..., mas tinham grande estímulo, grande cobrança da gestora. Inclusive da gestora, do pessoal da (coordenação de) assistência, ... (GF).

M5: “existem situações específicas para serem planejadas no nível local com as equipes e distritos, de acordo com as necessidades locais... De qualquer maneira, os distritos devem ter autonomia no planejamento, seguindo a política municipal, através da participação do pediatra do NASF junto às coordenações de assistência e vigilância em saúde”. Resposta à pergunta “quem você avalia que deva participar no planejamento das atividades de EP?”

Para a realização das atividades de educação permanente, a coerência e congruência com a política da gestão requer unidade nas orientações, de modo a não prejudicá-la. As diferenças encontradas nos diferentes locais da rede de saúde para a efetivação da educação permanente comprometem a qualidade das relações e trocas entre os profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde e gestores. Os pediatras do NASF observam que há convergências e divergências no modo como a educação permanente acontece em seus locais de trabalho; enquanto alguns pediatras contam com uma articulação e facilidades para realizar a educação permanente, outros não conseguem efetivá-la:

M6: “o que que eu sinto muita falta, sabe, é reunião das equipes, eles não têm mais reunião da equipe. Porque antes eu usava a reunião da equipe pra dar algum recado, alguma coisa, aí ia na reunião, pelo menos falava cinco, dez minutos, alguma coisa que era pontual, ali. Agora não tem mais reunião”. (GF).

Apesar de muitos pediatras terem clareza a respeito da importância e da necessidade dos gestores para efetivar a educação permanente, neste estudo é possível observar que nem todos os pediatras do NASF têm total compreensão a respeito da necessidade de integração entre os diferentes atores envolvidos para a educação permanente. Quando alguns pediatras manifestam que a elaboração da educação permanente deve estar sob a responsabilidade apenas dos gestores demonstram desconhecimento a respeito do que é educação permanente e da importância de seu protagonismo para realizá-la.

A compreensão a respeito da importância da educação permanente pelos gestores repercute diretamente na atuação dos pediatras do NASF (e possivelmente de outros profissionais do NASF e da equipe de saúde), trazendo consigo desdobramentos tanto positivos como negativos. É possível observar que:

- a) há diferenças no modo de lidar com a educação permanente entre as diferentes chefias locais das Unidades de Saúde e a orientação distrital e
- b) há diferenças entre os diferentes Distritos Sanitários e a orientação do nível central.

A gestão possui fundamental importância para a oferta de condições adequadas e mediação de conflitos entre o NASF e as equipes de saúde, agregando esforços para um objetivo comum. Para isso, o gestor pode contribuir: com a definição de critérios de acionamento, funções e atividades do NASF; o estabelecimento de parâmetros para a distribuição de carga horária para englobar ações assistenciais e técnico-pedagógicas; a flexibilização das agendas; o respaldo institucional para um cronograma articulado que beneficie a todos, com a garantia de reuniões para discussão de casos ou temas relevantes; espaços e consultórios para sua prática profissional (BRASIL, 2009, p. 41).

Cabe ao gestor a oferta de mecanismos de comunicação para a troca de informações e a promoção da integração entre os profissionais do NASF e as equipes da atenção primária, incluindo gestores das Unidades de Saúde, coordenações distritais e nível central. Especialmente, na identificação de resistências para o

desenvolvimento das ações na lógica do apoio matricial, além de outras situações possíveis, cabe ao gestor estar atento para garantir que o trabalho do profissional do NASF se efetive da melhor maneira possível (BRASIL, 2009, p. 41).

O reconhecimento dos objetivos comuns entre o pediatra do NASF e a equipe de saúde à qual dá suporte e apoio pode ter início no aprofundamento das informações e compartilhamento das necessidades e na pactuação de critérios e fluxos de encaminhamento (BRASIL, 2009, p. 45).

4.2.4.3 A dimensão social

O alcance social da educação permanente implica no reconhecimento de que ela pode estar presente em todos os espaços de compartilhamento de situações-problema. A fala dos pediatras do NASF revelam dois aspectos principais que foram selecionados como unidades de análise: o envolvimento e articulação entre os atores da saúde (profissionais, pessoas e comunidade); e as repercussões da educação permanente promovida pelo pediatra do NASF (para a equipe, usuários e comunidade).

4.2.4.3.1 Envolvimento e articulação entre os atores profissionais, usuários e comunidade

Os pediatras do NASF demonstram na entrevista por escrito e no grupo focal suas atividades de educação permanente junto à comunidade em que atuam. Quando questionado no grupo focal com quem o NASF da Pediatria pode trabalhar a educação permanente, M2 respondeu: “Todos... Com a comunidade... Odontologia... O próprio Conselho Local (de Saúde)... Os recursos da comunidade...”. Já na entrevista por escrito, foi expresso: “educação permanente das equipes, ações de prevenção e promoção à saúde, ações intersetoriais, atendimento individual e coletivo, discussão do processo de trabalho...”

As atividades coletivas de educação em saúde estão previstas entre as atribuições do profissional do NASF. Entretanto, a frequência de educação permanente voltada à comunidade promovida pelos pediatras do NASF ainda é incipiente.

Nos dois métodos de coleta a importância do envolvimento de todos os membros da equipe de saúde e dos usuários no trabalho do NASF com educação permanente. Para alguns pediatras do NASF, o grupo focal contribuiu para a compreensão do envolvimento de outros atores da equipe, da gestão e do controle social, à medida que outros os mencionavam. As divergências e convergências quanto ao envolvimento e articulação entre os diferentes atores envolvidos na educação permanente estão presentes na fala dos pediatras do NASF:

M2 “Todos... Com a comunidade... Odontologia... O próprio Conselho Local (de Saúde)... Os recursos da comunidade... (GF, quando questionado com quem o NASF da Pediatria pode trabalhar a educação permanente).

M3: “... desde o auxiliar, o agente de saúde... a odonto, o médico... a coordenadora da Unidade (Autoridade Sanitária Local), a enfermeira, o restante da equipe do NASF, que a gente não pode esquecer, a gente interage...”. (GF, quando questionado com quem o NASF da Pediatria pode trabalhar a educação permanente).

M3: “... Muitas vezes eu tenho que perguntar ‘quem que é a nutricionista daqui?’. (GF).

O envolvimento de todos os atores na construção do conhecimento é característica da educação permanente na ESF. Como parte da realidade vivenciada, atinge de modo especial os profissionais pois traz sentido e significado para o trabalho realizado. Realizar o apoio matricial às equipes de saúde exige assumir integralmente o compromisso e a responsabilidade de pertencer e responder ao grupo de profissionais. Esta responsabilidade pede comprometimento com a equipe, com as pessoas que são atendidas pela equipe, com a comunidade a que pertencem, enfim, a sociedade. É senso comum que o trabalho na atenção primária é de menor valia econômica e social (FERREIRA et al., 2008). Trabalhar na periferia do município, em áreas distantes e de alta vulnerabilidade social, imprime a necessidade de pessoas envolvidas e comprometidas com as necessidades de populações carentes econômica e socialmente. Estas características moldam o perfil das equipes, com diferenças entre equipes da ESF e equipes de Unidades de Básicas de Saúde tradicionais.

Os pediatras do NASF constantemente revelam neste estudo uma preocupação em abordar os demais membros da equipe de saúde para compartilhar e agregar informações para a gestão das situações complexas. A educação permanente permite a identificação de um diagnóstico das necessidades das equipes;

o pediatra do NASF é capaz de realizar a articulação entre diferentes atores, promovendo e integrando informações relevantes para o andamento do trabalho.

Como médicos da equipe da Estratégia Saúde da Família, os pediatras do NASF têm a preocupação de trabalhar não só o território geográfico, mas a cultura local, observando atentamente o perfil sociodemográfico das comunidades, suas características, crenças, costumes e valores. O olhar de vigilância em saúde torna-se privilegiado, compreendendo melhores os fatores condicionantes e determinantes da saúde das pessoas. Desde meados do século XIX fala-se da importância do meio, influenciando na condição de saúde das pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As equipes ESF diferenciam-se em relação às equipes de Unidades de Saúde tradicionais, pois estas são atendidas por diferentes profissionais de acordo com o turno; estes profissionais das equipes tradicionais muitas vezes não se conhecem e quase não trocam informações sobre os usuários, além de não raras vezes, desconhecem e estarem alienados à lógica da vigilância em saúde. O médico pediatra do NASF assume um papel importantíssimo ao compartilhar as situações, articular informações, integrar profissionais e serviços, com um impacto significativo no nível local sobre as decisões para a saúde das pessoas. Deve-se procurar estabelecer um intenso e contínuo diálogo entre os profissionais de saúde envolvidos e os usuários para o desenvolvimento da proatividade e corresponsabilização, qualificando os encaminhamentos, sem restringi-los ao simples encaminhar/ retornar habitualmente instituído nos serviços de saúde (BRASIL, 2014, p. 41).

Entretanto, frente ao esforço observado para integrar-se à equipe de saúde, exposto no discurso dos pediatras deste estudo, chama a atenção para a ausência de qualquer menção aos usuários das Unidades de Saúde como protagonistas também no processo de educação em saúde. Frente à necessidade de cultivar a coparticipação e proatividade destes, através do estímulo ao desenvolvimento de um autocuidado apoiado, vale ressaltar que há também a necessidade de sensibilizar os próprios pediatras do NASF para uma maior compreensão do potencial de educar a partir da valorização da bagagem e capacidade de cada um, seja profissional de saúde ou não, para uma aprendizagem significativa.

4.2.4.3.2 Repercussões da educação permanente promovida pelo pediatra do NASF (para a equipe, usuários e comunidade)

Os desdobramentos e benefícios decorrentes das atividades de educação permanente no NASF são significativos, quando há engajamento dos que participam dela. A fala dos pediatras do NASF reportam as repercussões da educação permanente na entrevista por escrito e no grupo focal, ampliando suas observações à medida que compartilham com os demais as suas vivências, como se observa a seguir:

M2: "... estão surgindo situações que nunca eu imaginei que tivessem na Unidade, que as pessoas não colocavam pra mim e que agora estão colocando; o enfermeiro, o auxiliar, o médico, médicos que diziam 'não quero fazer consulta compartilhada'. Agora estão me chamando pra fazer treinamento, pra estar junto às vezes, em uma dúvida, então faz muita diferença". (GF)

Não há divergências quanto às repercussões sociais das atividades de educação permanente no NASF; a fala em grupo focal de diferentes pediatras demonstram sua interface com outros espaços, fora da Unidade de Saúde, como a escola e a creche:

M6: "Eu já fiz nas escolas, né, com os adolescentes, eu acho muito legal!" (GF).

M3: "O M9, por exemplo, ele vai fazer educação permanente nas creches". (GF).

Ainda que ocorram dificuldades para total integração e articulação com demais profissionais do NASF e com outros membros da equipe de saúde ou da gestão, é unânime entre os participantes da pesquisa o entendimento do impacto social de suas ações com educação permanente.

Entre as repercussões observadas do trabalho com educação permanente está a compreensão de sua importância no trabalho das equipes, os possíveis desdobramentos para todos os atores envolvidos nas ações de saúde, sejam profissionais ou a comunidade que atendem. Ao serem indagados sobre com quem o NASF da Pediatria pode trabalhar a educação permanente, as repostas no grupo focal demonstram isso claramente, ainda que identifiquem debilidades, como a dificuldade de estabelecer mais contatos com outros profissionais do NASF, conforme trazido no grupo focal.

A amplitude do trabalho dos pediatras revela-se quando referem-se à oportunidade de participar de oficinas de gestantes, grupos de mães, visitas às creches e escolas, com ações de educação em saúde e impacto sobre as pessoas de seu território.

Diversos estudiosos reportam a importância dos determinantes sociais da saúde, correlacionando os fatores que influenciam a condição de saúde das pessoas (SOUZA et al., 2013). George (2011) destaca cinco grupos de determinantes da saúde, entre os quais os biológicos, econômicos e sociais, ambientais, o estilo de vida (GEORGE, 2011, apud CARRAPATO et al., 2017). Carrapato inclui também o acesso aos serviços com educação, saúde, transporte, lazer, etc. (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). O acesso à informação e o estímulo à mudança de comportamento tornam-se objetivo central para a atenção primária, demonstrando a importância da educação permanente para as equipes de saúde, de modo a instrumentalizá-las para a educação em saúde voltada à comunidade.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) contribui ao reforçar a importância de atuar sobre os determinantes sociais da saúde destacando que estes envolvem uma trama de redes sociais e comunitárias, com repercussões no estilo de vida das pessoas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006). Os pediatras do NASF neste estudo demonstram consciência da importância das atividades coletivas, estendendo suas atividades mesmo diante da agenda cheia de atividades, na busca da melhoria de saúde das pessoas que assistem.

4.2.4.4 A dimensão humana

O modo como as experiências afetam as pessoas determina ações e reações que, na singularidade de cada um, serão capazes de construir uma dinâmica própria no ambiente de trabalho. O trabalho na saúde não raro é exaustivo, seja pelo excesso de demandas, a multiplicidade de situações difíceis, em contexto social muitas vezes adverso, acabam por minar emocionalmente muitos profissionais de saúde. Conflitos, sentimentos de frustração, o convívio com a dor e o sofrimento das pessoas exigem do profissional de saúde resiliência e a capacidade de suplantar desafios (ESPIRIDIANO; MUNARI; STACCIARINI, 2002). É no exercício da alteridade, na troca e compartilhamento que surge a oportunidade de crescimento e superação de dificuldades, possibilitando alcançar satisfação no desempenho profissional. A

aprendizagem, a compreensão dos processos, a consciência de pertencimento subsidiam o profissional, levando-o ao comprometimento com a qualificação do seu fazer diário. A confiança advinda do conhecimento do outro, do reconhecimento de si no outro leva à construção do vínculo, peça-chave para uma aprendizagem compartilhada (FREIRE, 2005, p. 59). Reconhecer os ganhos, compreender a importância do desenvolvimento da sua autonomia, da sua corresponsabilidade para o desenvolvimento da autonomia dos demais membros da equipe, gera bem-estar, alegria, sentimento de potência por conseguir efetuar mudanças importantes em benefício dos demais, sejam estes membros das equipes ou usuários.

A Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, desde 2003 preocupa-se com a humanização e valorização dos atores envolvidos na produção de saúde, sejam profissionais de saúde, gestores ou usuários. Esta valorização busca respeitar a autonomia dos sujeitos, estimular a colaboração e responsabilidade compartilhada através de vínculos solidários para transformação da realidade (BRASIL, 2009, p. 4).

A atenção primária à saúde lida com uma série de problemas complexos do cotidiano das pessoas, que dizem respeito ao “viver, sofrer, adoecer e morrer no mundo contemporâneo” (BRASIL, 2009, p. 9). Para este enfrentamento, o reconhecimento do aspecto humano presente na atividade de educação permanente no NASF ganha relevância ao reafirmar a importância deste aspecto para um melhor fazer profissional.

4.2.4.4.1 Autoconhecimento

Esta unidade de análise surgiu no grupo focal, a partir da observação de que alguns pediatras expressaram que se surpreenderam consigo mesmos à medida que desempenhavam a função de educação permanente; isto não surgiu nas respostas à entrevista por escrito. O autoconhecimento é relevante à dimensão humana e tem um potencial de estímulo e motivação para a prática da educação permanente. O Quadro 21 traz a fala dos pediatras no grupo focal:

M3: “desde que a gente iniciou o trabalho no NASF, ... eu vou descobrindo novos processos, novas formas, eu vou aprendendo, ... eu acho que hoje o trabalho que eu faço é muito diferente do que eu fazia lá quando a gente começou, né? Então ele é enriquecedor inclusive pra mim... a gente aprende a ter uma melhor relação com o colega, a gente começa a descobrir caminhos que às vezes a gente não conhecia...”

M2: “Isso é um aprendizado nosso, enquanto profissionais, né?”
 “... E concordo com M3, que é um grande crescimento, né? Não é só o ensinar, é o aprender esse processo de ensinar e aprender e a gente cresce junto, não é? Claro que a gente já faz muito mais do que quando começamos, mas a gente consegue de fazer muito mais.”

Não foram observadas diferenças entre os pediatras quanto ao autoconhecimento na prática de educação permanente. É possível que algum pediatra não tenha ciência da presença do autoconhecimento ao longo da educação permanente, mas não há como ter certeza disso. As expressões a seguir mostram a convergência a respeito do tema, entre os pediatras do NASF:

M3: “desde que a gente iniciou o trabalho no NASF, ... eu vou descobrindo novos processos, novas formas, eu vou aprendendo, ... Então ele é enriquecedor inclusive pra mim..., a gente começa a descobrir caminhos que às vezes a gente não conhecia... (GF).”

M2: “Isso é um aprendizado nosso, enquanto profissionais, né?”
 “... E concordo com M3, que é um grande crescimento, né? Não é só o ensinar, é o aprender esse processo de ensinar e aprender e a gente cresce junto, não é? Claro que a gente já faz muito mais do que quando começamos, mas a gente consegue de fazer muito mais. (GF).
 saía da linha de conforto. (GF).”

No decorrer da atividade com educação permanente, alguns dos pediatras do NASF conseguem identificar oportunidades ao se depararem com desdobramentos surpreendentes e inesperados de suas ações. Reconhecer a necessidade de sair da “zona de conforto” requer o reconhecimento de deficiências, o que demonstra consciência da incompletude e coragem para buscar novas respostas frente às demandas que surgem. Índícios de mudanças em si no decorrer da atividade com educação permanente no NASF foram mais claramente expressos no grupo focal, que mais uma vez, mostrou-se campo para autorreflexão. É esperado dos profissionais de saúde o desenvolvimento de características humanizadoras na assistência à saúde

(ESPIRIDÃO; MUNARI; STACCIARINI, 2002). O ser humano desvela a si mesmo no exercício do convívio. Estar consciente deste autoconhecimento está entre os elementos reconhecidos pelos pediatras do NASF, ao tomarem consciência das mudanças em si ao longo do trabalho.

A atividade de educação permanente, a procura por caminhos que facilitem a aprendizagem produz conhecimento para os próprios pediatras do NASF. Para as relações interpessoais o autoconhecimento surge como condição inquestionável para a aproximação humana, tão necessária na área da saúde (HOGA, 2004). A própria consciência está vinculada ao conhecimento de si (SKINNER, 1991 apud BRANDENBURG; WEBER, 2005) e o autoconhecimento é elemento que permite identificar limites, fragilidades e potencialidades (HOGA, 2004). Ao tornar-se consciente do que traz em si, é possível ao ser humano descobrir também os fatores que possam ser determinantes de certos comportamentos; isto traz vários benefícios, entre os quais o reconhecimento da necessidade de mudanças no próprio comportamento. O papel das interações para autoconhecimento é relevante ao perceber que este é conquistado na relação com a comunidade (BRANDENBURG; WEBER, 2005). Na busca pela humanização, tão necessária na atenção à saúde, a ausência de espaço e tempo para a autorreflexão revelam-se como elementos que prejudicam a possibilidade de descobrir-se no fazer profissional.

4.2.4.4.2 Alteridade

O exercício de considerar o outro é o que nos faz humanos. Os pediatras do NASF expressam no grupo focal e na entrevista por escrito a preocupação com o outro profissional que querem e precisam abordar, como mostra a fala da pediatra M2: M2: “e eu fiquei com a técnica de enfermagem. Foi muito gostoso! ...Eu fiquei boba de ver! ... Nossa, eu fiquei encantada! Eu falei: “Nossa, mas você ‘tá’ de parabéns, que bom!”.

O trabalho na atenção primária é bastante interdependente e obriga a reconhecer os demais partícipes como fundamentais para as atividades em educação permanente. A fala de diferentes participantes, entretanto, reflete a dificuldade em abordar outros colegas, como no exemplo a seguir: M5 - “Algumas vezes dificuldade na execução prática de treinamentos nos locais de trabalho (... envolvimento de todos os profissionais, ...). Alguns profissionais, isoladamente, com dificuldade de

compreensão do seu papel na APS”. (Resposta à pergunta ‘quais as dificuldades que você, como pediatra do NASF, encontra para realizar a EP?’, na entrevista por escrito).

A alteridade é um conceito que vem da antropologia e que traz consigo a noção de uma humanidade plural (SCHOLZE, 2009). Além de simplesmente observar a diversidade de culturas, implica em adotar o ponto de vista do outro buscando experimentar sua realidade, considerando o outro como um sujeito singular (BRASIL, 2006). Existem variações no modo de receber o outro, que podem ir da indiferença, repúdio ou aceitação incondicional (SCHOLZE, 2009). Os pediatras deste estudo revelam o quanto consideram e valorizam seus colegas e demonstram a sua preocupação em conquistar a confiança da equipe de saúde e/ ou do usuário, à medida que buscam recursos para encontrar uma chave de acesso a eles que permita uma troca de saberes mais efetiva. Ao perceberem a necessidade de sua coparticipação, expõem a compreensão de que seu trabalho só faz sentido se conseguem estabelecer relações de parceria e objetivos comuns. Em sociedade, tanto o discurso quanto as ações existem no âmbito de uma ética que forçosamente precisa considerar o outro (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

O grupo focal expõe como o pediatra do NASF é capaz de reconhecer que os esforços para conquistar a equipe de saúde que apoia, quando bem sucedidos, trazem satisfação, motivação e vontade de aperfeiçoar o trabalho que desempenha. No exercício da educação permanente é o outro, que além de fornecer constante feedback da legitimidade das suas ações, permite um constructo que transforma e edifica. Diante dos desafios de uma sociedade cada vez mais individualista, manter a conexão com o outro, de modo genuíno torna-se um desafio. Entretanto, é na relação e na comunicação com o outro que surge a consciência moral dos sujeitos: o homem sai de si mesmo pelo chamamento que o outro lhe faz; é o outro que o traz à luz (SADALA, 1999). No trabalho em saúde, voltado à atenção às pessoas, é importante que os pares se olhem, escutem uns aos outros, dialoguem. Esta responsabilidade para com o outro deve ser exercida por todos os profissionais de saúde no âmbito da saúde coletiva (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009). Franco (2002) em sua Teoria da Cooperação baseada em Maturana, ao observa alguns elementos essenciais sobre o tema: a cooperação está na constituição do humano; a cooperação está na fundação do social; a competição não funda o social e nem constitui o humano. A colaboração

e aceitação do outro são importantes para o processo de aprendizagem, e sedimentam as relações interpessoais.

4.2.4.4.3 Vínculo

A presença do vínculo é que garante as relações interpessoais duradouras. Os pediatras do NASF falam sobre vínculo na entrevista por escrito e no grupo focal:

M1: “Acho super importante... a gente tem que ter um vínculo estreito com a enfermagem, com médicos, com os auxiliares, e que todos fazem parte da equipe... não só o médico, tá?”.
(GF).

M2: “... a hora que você vai fazer um matriciamento você faz educação permanente; às vezes, depois que você forma um vínculo com a equipe, né -- que o segredo está no vínculo -- a partir do momento que você vinculou àquela equipe, aquela equipe te conhece como membro dessa equipe. Porque às vezes o NASF é considerado um ser à parte, né? (GF).

M2: “Estar presente, atuando de forma integrada às equipes”.
(Resposta à pergunta: ‘quais as facilidades que você, como pediatra do NASF, encontra para realizar a EP?’).

Há diferenças entre os pediatras quanto à facilidade de construção de vínculo. A persistência e continuidade são fundamentais para estabelecer uma relação duradoura para educação permanente. As características da equipe, da população atendida, do gestor e do próprio pediatra do NASF, vários são os fatores que contribuem ou prejudicam a construção do vínculo. As convergências e divergências sobre o tema podem ser observadas em resposta à pergunta ‘quais as dificuldades que você, como pediatra do NASF, encontra para realizar a EP?’, na entrevista por escrito: M5 - “Algumas vezes dificuldade na execução prática de treinamentos nos locais de trabalho (... envolvimento de todos os profissionais, ...). No grupo focal, surgiu: M2 - “...porque às vezes o NASF é considerado um ser à parte, né?”. (GF).

O vínculo diz respeito às relações pessoais próximas e duradouras, promovendo a colaboração e o conhecimento mútuo (BRUNELLO et al., 2009). Os pediatras do NASF revelaram a dificuldade inicial de serem aceitos dentro das equipes. Como precisam atender várias Unidades de Saúde e não permanecem todos os dias na mesma Unidade, foi necessário tempo e vivências em comum para construir laços de confiança. Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) referem-se

ao vínculo, ressaltando a importância da afetividade, ajuda e respeito. O vínculo relaciona-se ao reconhecimento do outro e à confiança para a construção de relações colaborativas. Os pediatras expressaram a identificação da necessidade de vínculo para estabelecer parcerias no campo do trabalho na Unidade de Saúde. A escuta cuidadosa no aprender-ensinar-aprender, de forma afetiva e respeitosa contribui para relações harmoniosas no ambiente de trabalho, integrando virtudes e desencadeando um fazer racional sensível às necessidades identificadas (QUEIROZ; JORGE, 2006).

Os pediatras observam as dificuldades no início da atividade como NASF na construção de vínculo com a equipe de saúde mas reconhecem o tempo de convívio e a persistência como fatores essenciais para sua construção. Sua disponibilidade e apoio para a aprendizagem e resolução de casos tornam-se atitudes importantes para ganhar a confiança e contribuir na construção de vínculo. As contradições que possam existir no convívio são superadas pela capacidade de reconhecer muito de si no outro, identificando semelhanças no pensar, sentir e fazer o trabalho profissional.

Gastal e Pilati (2016) observam que a característica do ser humano é viver em grupos e sua evolução está associada às ligações sociais que estabelece.

Os profissionais da saúde costumam construir uma identificação comum, decorrente do compartilhamento das situações de dor e sofrimento/ alívio e cura das pessoas (VAITSMAN, 2000). O trabalho migratório dos pediatras do NASF dificultou, no princípio, a construção de vínculos nas equipes de saúde. Com o tempo, a construção da confiança, a disponibilidade e apoio diante das diferentes demandas das equipes contribuiu para a abertura e receptividade. Saber-se bem-vindo, acolhido, encontrar o espaço necessário para poder afirmar-se como membro participante e pertencente constituiu-se um desafio. Sentir-se pertencente a um grupo de pessoas é fundamental para o evoluir do ser humano. A identificação de questões e objetivos em comum permitem uma aproximação. A partir do momento em que os pediatras do NASF percebem que são acolhidos e tornam-se parte da equipe de saúde há um salto qualitativo nas relações, contribuindo para um trabalho profícuo e gratificante, como observado na fala do pediatra do NASF de M2 - [...] a partir do momento que você vinculou àquela equipe, aquela equipe te conhece como membro dessa equipe -- porque às vezes o NASF é considerado um ser à parte, né? -- Então quando você consegue esse vínculo, consegue ser aceito, faz toda diferença (GF).

Por outro lado, o grupo focal revelou o quanto é importante poder compartilhar com os outros colegas pediatras do NASF. A construção da identidade “Pediatras do NASF” traz consigo um arcabouço de vivências e experiências comuns, unindo diferenças e construindo uma unidade de sentido e valor genuínas. Em determinado momento do grupo focal, M6 refere-se à troca de conhecimento entre os pediatras NASF no grupo de WhatsApp e da importância deste espaço de compartilhamento de dúvidas e da confiança entre os pediatras do NASF que se construiu ao longo do tempo. Reconhecer-se como incompleto, assumir conscientemente a necessidade da ajuda dos outros exige confiança e cumplicidade; a descoberta de que não está sozinho, que pode contar com pares, expor fragilidades e receber apoio fortalece o sentimento de pertencimento.

Observa-se, no discurso dos pediatras do NASF, o sentimento de pertencer ao “NASF Pediatria”, mas sobretudo, pertencer à “Pediatria da Atenção Primária”, um grupo que defende os cuidados básicos junto à população usuária do SUS, que lê diariamente as necessidades básicas que precisam ser atendidas, observa a deficiência dos recursos e quer mudar a realidade. Para isso, empenha-se com afinco em buscar alternativas de educação permanente, reconfigurando o seu fazer profissional a cada desafio diário.

4.2.4.4.4 Autonomia

Entre todos os elementos necessários à educação, certamente, a construção da autonomia dos atores envolvidos é base determinante para que ela aconteça. Em seu dicionário, Mora (1970, p. 45) trata a autonomia em dois sentidos principais, o ontológico e ético; assim, a autonomia do ser é regida por leis próprias, onde o ser tem fundamento em si mesmo, em sua própria razão. As falas dos pediatras na entrevista por escrito e no grupo focal demonstram que preocupação com a construção de autonomia está presente em sua atividade com educação permanente, como demonstram as falas a seguir:

M3: “A gente tem que gerar autonomia nas equipes. A gente teria que gerar autonomia também na população, na verdade”. (GF).

M1: “...você ensinar a pescar, né, porque nós temos que dar autonomia pra eles”. (GF).

M5: “... o assunto que você vai fazer educação permanente... a gente se obriga a fazer revisão mais vezes, a estudar mais, de ir fazer a busca”. (GF).

Há convergências e divergências quanto à construção de autonomia na educação permanente promovida pelos pediatras do NASF, como é possível observar na expressão do pediatra M7 em resposta à pergunta ‘o que é educação permanente para você?’), na entrevista por escrito - “Ofertar conhecimento às equipes sobre temas relevantes, sejam estes percebidos por mim, devido à demanda de situações repetidas, ou por solicitação da própria equipe”.

A proatividade e a busca por estratégias para promover a educação permanente está presente no fazer dos pediatras do NASF à medida que buscam diferentes recursos: deixando material em sua área de trabalho no computador das equipes, construindo folders para distribuição, elaborando encontros para a exposição do perfil epidemiológico de suas crianças, oferecendo pastas com conteúdo técnico, deixando um artigo sobre a mesa para discussão; sobretudo, indagando, ouvindo, questionando, integrando e ampliando os horizontes de compreensão do vivido em conjunto. Apesar de haver preocupação com o desenvolvimento de autonomia nos colegas da equipe de saúde, no discurso dos pediatras observa-se que eles atuam de modos distintos e não há consenso de que todos tenham a mesma preocupação para a construção da autonomia nos profissionais das equipes.

Campos e Campos (2006) preconizam a construção da autonomia das pessoas um dos objetivos centrais da gestão, da política e trabalho em saúde uma das responsabilidades. Para alcançar uma efetiva construção de autonomia, estes autores sugerem uma co-construção da autonomia dos profissionais de saúde com uma ampla reformulação tanto da gestão como do modelo de atenção à saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 1). As dificuldades diante de processos de trabalho podem assumir configurações diversas e limitantes à construção e exercício da autonomia. A liberdade para reflexão e crítica sobre os processos vividos na dinâmica dos serviços de saúde contribuem para o desenvolvimento da responsabilidade sobre

o fazer profissional. Esta autonomia está intimamente ligada à capacidade de reflexão sobre suas ações, suas motivações e seus objetivos.

Valorizar a capacidade dos atores envolvidos no processo de aprendizagem é reconhecer nele um protagonismo da construção do seu saber. Sobre o ensinar, Paulo Freire (2005, p. 47) nos convida a refletir que ensinar não é transferir conhecimento, mas implica em criar oportunidades para a produção ou construção de construção de conhecimento. Considerar a singularidade das pessoas e seu conhecimento exigem humildade para reconhecer as próprias limitações e o reconhecimento de que suas próprias práticas podem estar condicionadas e necessitam mudanças (FREIRE, 2005, p. 53). A noção de autonomia nos remete à ideia de liberdade para agir por si, no exercício do livre-arbítrio sobre as próprias ações e construção da própria trajetória de vida, como princípio na ordem natural humana (TEIXEIRA et al., 2008). O exercício crítico da autonomia contribui para a noção de responsabilidade. A autonomia torna-se, então, um objetivo e um meio para o alcance de objetivos comuns (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 13).

Para além da técnica, prescrições de educação ou como portar-se, a autonomia que se pretende construir deve implicar em respeito ao outro, na escuta empática, em considerar os valores e contexto em que se vive, a cultura instituída, em busca da defesa da vida. O reconhecimento desta autonomia precisa ser valorizada e privilegiada nos diferentes contextos, no fazer com o outro e para o outro, sejam profissionais de saúde, usuários ou comunidade (CAMPO et al., p. 17, 2006). Como agentes sociais, a leitura da realidade, sobre o outro e sobre si mesmo, o respeito à história que constitui cada um como sujeito nas relações humanas é que permitirá o desenvolvimento de um fazer saúde com humanidade.

4.3 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Diante das demandas em saúde da população, faz-se necessária a qualificação das estruturas físicas, além da adequação e qualificação dos recursos humanos. Os processos de trabalho nas Unidades de Saúde precisam ser atualizados para responder às demandas da população de forma orgânica e inteligente. A estrutura física das Unidades de Saúde e Distrito Sanitário compreendem não só as salas de consulta, com o instrumental médico, luz e higiene adequadas, mas também o acesso a computadores, à rede on-line, ao sistema e-saúde, e-mail, telefones; o

transporte entre as Unidades de Saúde e o Distrito Sanitário é realizado com veículo próprio.

A comunicação entre os profissionais da saúde, destes com os diferentes níveis de atenção, com o usuário, a comunidade, outros equipamentos governamentais e não governamentais precisa ser efetiva e eficaz. A utilização das mídias digitais aproximam os pediatras do NASF dos profissionais das equipes e do distrito sanitário, dando agilidade à resolução de problemas, quando o pediatra não está presente na Unidade de Saúde. Elas possibilitam o compartilhamento de dúvidas, questionamentos, bem como notas técnicas, artigos, imagens.

A equipe gestora dá o tom à dinâmica das equipes de saúde, compostas de diferentes categorias profissionais, integrando um heterogêneo que necessita de direção e sentido. Um gestor sensível, atento às necessidades das equipes e da comunidade que atende, capaz de oportunizar a expressão destas necessidades e aberto à construção de um saber coletivo incrementa a motivação para o novo, promove a proatividade.

A dimensão política envolvida na educação permanente trazida pelos pediatras do NASF expressa a necessidade de um gestor sintonizado às necessidades da população e das equipes uma vez que sem o seu apoio e articulação, dificilmente o trabalho do pediatra do NASF poderá desenvolver todo o seu potencial (CAMPOS et al., 2006). A ausência de apoio em qualquer nível da gestão pode comprometer e dificultar o trabalho dos pediatras do NASF; porém, quando o apoio da gestão está presente os pediatras, como qualquer outro profissional da equipe de saúde, são mobilizados a ampliar sua atividade educativa. A determinação em fazer acontecer é capaz de suplantar dificuldades e promover uma maior integração. Os médicos pediatras do NASF sugerem que para melhorar a sua atividade de educação permanente no NASF é fundamental a sensibilização dos gestores, com garantia de tempo na agenda dos profissionais, oportunizar reuniões com os profissionais das equipes de saúde. Além disso, a diminuição do número de Unidades de Saúde atendidas, o planejamento das ações voltadas ao território de atuação, a educação permanente e continuada para que eles também possam se atualizar, com a formação de um grupo de estudo no nível local, distrital e municipal. Hirdes e Silva (2014) ressaltam os desafios no âmbito da atenção primária que compreendem um processo complexo decorrente de diferentes forças que se contrapõem, situadas tanto no âmbito profissional, como organizacional, estrutural,

político, estrutural e de gestão, entre outros (HIRDES; SILVA, 2014). Soma-se a isso, a ausência de mecanismos efetivos de integração assistencial e a persistência de um modelo de organização de um processo de trabalho centrado em procedimentos gerando um excesso de demandas administrativas e assistenciais para as equipes de saúde, que caracterizam obstáculos à realização de ações de coordenação assistencial (CECÍLIO et al., 2014). Isto certamente tem reflexos no microcosmo das Unidades de Saúde, nas atividades desenvolvidas por todos os atores que compõem o cenário da atenção primária.

Na intenção de garantir unidade no grupo, atualmente a gestão vem oportunizando reuniões regulares mensais com os pediatras do NASF para discussão de necessidades e atualização de temas importantes. Assim, após orientação, são chamados a construir um planejamento de ações voltadas às principais necessidades em saúde das crianças de seu novo território, em conjunto com a Coordenação de Assistência e a Coordenação de Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário.

A compreensão sobre as atribuições do NASF pressupõe a necessidade de ações transversais que envolvem diferentes sujeitos, sejam profissionais da atenção primária no nível local, nível e central. Entretanto, frente à complexidade que envolve a rede de atenção à saúde, surpreende observar que não ocorreu qualquer menção a outros atores fora do âmbito da atenção primária, uma vez que em suas atividades está prevista a articulação com a atenção especializada, sejam os Centros Atenção Psicossocial ou outros ambulatorios especializados, além dos serviços de alta complexidade.

A dimensão social da educação permanente pressupõe a participação ativa de profissionais, usuários e comunidade, articulando-os a partir das necessidades que surgem no cotidiano das equipes de saúde. Esta articulação deve gerar uma profunda reflexão sobre os desafios e possibilidades de superação. As repercussões sociais da educação permanente justificam o apoio e a relevância que a educação permanente assume no âmbito da gestão, para priorizá-la na prática das equipes de saúde.

Em sua dimensão educacional, este estudo demonstra que a educação permanente no âmbito da atenção primária à saúde no município de Curitiba responde aos pressupostos de uma aprendizagem significativa. Esta aprendizagem se constrói no contexto da realidade vivida, de forma dinâmica, através do diálogo entre pares, considerando a importância dos que compartilham situações-problema em comum. O

vínculo entre os atores que compõem esta realidade é fundamental, construindo um sentimento de pertencimento e satisfação no desempenho das atividades de educação permanente. A reflexão crítica da realidade é determinante para encontrar as respostas às necessidades de aprendizagem (FREIRE, 1987, p. 31-32).

A educação permanente surge com relevante papel para qualificação da atividade humana na atenção à saúde da população, oportunizando esta reflexão, o aproveitamento do background dos atores envolvidos, o compartilhamento, o aprofundamento do conhecimento, diálogo. As dimensões envolvidas nesta atividade justificam a sua valorização pelos gestores, que assumem a função de garantir que ela ocorra no dia-a-dia das equipes de saúde.

Não é suficiente refletir sobre a ação. É preciso fazer reflexão sobre o modo que se faz a reflexão, avançando para novas perspectivas do conhecimento, reaprendendo sempre a forma de aprender (SCHÖN, 2000, p. 32). O aprofundamento deste saber requer tempo, espaço, percepção, sensibilidade; estes vão se desvelando na atividade diária com o exercício, ou seja, na ação. Reconhecer e aproveitar cada instante, defender e reivindicar o aprimoramento de todos os envolvidos implica em ofertar e construir na adversidade uma nova lógica de trabalhar em saúde, que não se restringe à reprodução de técnicas e procedimentos, mas vai além, promovendo a responsabilização, o compromisso e o comprometimento com o bem fazer profissional.

A dimensão humana da educação permanente evidencia que o saber técnico-científico não é suficiente para atender às demandas e necessidades das equipes de saúde e dos usuários do SUS. O fortalecimento dos laços de parceria e cumplicidade, e o reconhecimento do outro como sujeito fortalecem a diversidade de olhares em benefício de todos, profissionais de saúde e usuários. A construção de conhecimento não se restringe às respostas técnicas aos problemas que surgem. Ao propiciar a crítica e uma prática reflexiva, a educação permanente compõe uma gama de saberes que permitem o desenvolvimento da autonomia, num fazer consciente com desdobramentos transformadores da realidade (SCHÖN, 2000, p. 32).

A educação na saúde pede dinamicidade, unidade de sentido, rompendo a abordagem que fragmenta, separa, divide e exclui. Ao longo de todo o viver profissional, a educação permanente é ferramenta imprescindível. Como processo aberto de ampliação do conhecimento, agrega ao conhecimento científico o aprender a aprender -- sobre si, sobre o outro; o aprender a fazer --desenvolve a habilidades,

fortalece atitudes; o aprender a viver juntos -- na ética do trabalho compartilhado; o aprender a ser -- revela o que cada um é na sua essência e singularidade e constrói competências (DELORS et al., 2010, p.12).

Há potencial para o desenvolvimento de competências nos médicos pediatras do NASF, expresso em seus discursos, onde se observa que de modo quase intuitivo, buscam estratégias e soluções para driblar a falta de estrutura física, as agendas lotadas, o excesso de atividades, a ausência de apoio, a resistência das equipes, as suas limitações e as dos demais colegas. Entretanto, isto não tem impedido sua dedicação em promover o conhecimento, sob a ótica da atenção integral à saúde da criança, aproveitando as brechas para se posicionarem, se disponibilizarem e contribuírem na somação de esforços pela saúde da população do SUS.

5 CONCLUSÃO

O exercício da educação permanente no NASF em Curitiba ocorre de modo diversificado entre as diferentes equipes de saúde. Entre os desafios para a sua realização, destacam-se a falta de tempo dos profissionais, o excesso de demandas, com falta de agenda e liberação dos profissionais pelas chefias; são citadas ainda a falta de local adequado, a ausência de envolvimento de alguns profissionais da equipe, sua dificuldade de compreensão, a ausência de priorização da educação permanente na dinâmica das equipes, a falta de recursos humanos. Entretanto, foi pontuado entre os pediatras do NASF que se há planejamento, não há dificuldade para a realização da educação permanente. A compreensão sobre o processo educativo entre os profissionais de saúde e por parte dos gestores e instâncias deliberativas precisa ser ampliada.

Saber reconhecer os aspectos positivos no exercício do trabalho é importante para a motivação das pessoas e valorização das estruturas e processos. Apesar de não serem todos, muitos médicos pediatras do NASF relataram o benefício de poder transitar por diferentes espaços, seja nas salas de reuniões do nível central, nas Unidades de Saúde, no Distrito Sanitário, nos domicílios, nas creches e escolas, enfim, no território em que atuam. Como a educação permanente acontece no dia-a-dia das equipes de saúde, o ambiente físico das Unidades de Saúde são o principal espaço de sua atuação. Entre as facilidades para a realização da educação permanente no NASF, destacam-se a proximidade e integração com as equipes, além do conhecimento da realidade local, os horários flexíveis, o acesso privilegiado a dados epidemiológicos e sua própria bagagem de conhecimento. O apoio matricial reforça-se como importante ferramenta para a educação permanente, pois é através do cuidado compartilhado que se amplia a comunicação, a personalização, o vínculo, a responsabilização e compromisso das equipes.

Transitar por diferentes níveis de atenção, com conhecimento de fluxos devido à proximidade com a coordenação de assistência do Distrito Sanitário tem auxiliado na integração e articulação das informações, subsidiando tomadas de decisão e enriquecendo o conteúdo a ser compartilhado com os colegas das equipes de saúde; conseqüentemente, o impacto da multiplicidade de pontos de vista contribui para a busca de soluções com benefícios para os usuários do sistema de saúde. O fluxo de informações é fundamental à construção de uma unidade na atenção à saúde.

A compreensão do exercício da educação permanente precisa ser aprimorada pelos próprios profissionais de saúde. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de competências nestes profissionais, instrumentalizando-os para a atividade diária de reconhecimento de necessidades, mobilização de saberes e aplicação prática com reflexão crítica, valor humano e ética. Estar consciente do alcance desta tarefa exige dedicação, empenho, coragem para reconhecer fragilidades e vontade de assumir o protagonismo no seu fazer profissional.

A educação permanente pode e deve ser melhor explorada como recurso à sensibilização e conscientização não só das equipes de saúde, mas também da população, construindo um paradigma na saúde de corresponsabilização de todos os atores envolvidos, profissionais de saúde, gestores, serviços de saúde e sociedade.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D. P. **Algunos aspectos psicológicos de la estructura del conocimiento**. Buenos Aires: El Ateneo, 1973.

BACKES, D.S. et al.. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.4, p.438-442, 2011.

BARBOSA, V.B.A.; BOCCHI, S.C.M.; BARBOSA, P.M.K. Experiências com Educação Permanente na Área da Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 152, jan./jul. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1977.

BISPO JUNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C. Educação Permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.9, p.e00108116, 2017.

BRANDENBURG, O.J.; WEBER, LND. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 87-92, jan./jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade**. Material de Apoio à Autoavaliação para as Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. 2017. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2018.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. 2015. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/18/portaria-1996-20082007.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2011.. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html>. Acesso em: 16 set. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 16 set. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria **Executiva**. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/recursoseducacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

BRUNELLO, M.E.F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.1, p.131-135, 2010.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos G.W.S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CARDOSO, M.L.M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22(5). p. 1493, 2017.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CARVALHO, L.B.; FREIRE, J.C.; BOSI, M.L.M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.30, p. 849-865, 2009.

CASTRO, C.P.; CAMPO, G.W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p. 455-481, 2016.

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p.2893-2902, 2012.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

CORRÊA, N.N.G.; PASSOS, M.M.; ARRUDA, S.M. Metacognição e as relações com o saber. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 24, n. 2, p. 517-534, 2018.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

CYRINO, E.G., TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.780-788, mai-jun, 2004.

DANTAS, C.; RODRIGUES, CC. Estratégias metacognitivas como intervenção psicopedagógica para o desenvolvimento do automonitoramento. **Rev. Psicopedagogia**, v. 30, n. 93, p. 226-235, 2013.

DAVINI, M. C. **Educación Permanente em Salud**. Washington: OPAS, 1995.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília: UNESCO, 2010.

ESPIRIDIANO, E.; MUNARI, D.B.; STACCIARINI, J. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.10, n. 4, p. 516-522, 2002.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?. **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FERNANDES, E. **David Ausubel e a aprendizagem significativa**. 2011. Disponível em: <<https://novaescola.org.br/conteudo/262/david-ausubel-e-a-aprendizagem-significativa>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FERREIRA, R.C.; FIORINI, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista brasileira de Educação Médica**, v. 34, n 2, p. 207-215, 2010.

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Especialização em Saúde da Família. Unidades de Conteúdo. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

FLAVELL, J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. **American Psychologist**, v. 34, n. 10, p. 906-911, 1979.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Revista Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 30-45, 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/62/28>>. Acesso em: 23 set. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. P. 31-32. 17ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia**. saberes necessários à prática educativa. P.59, p. 96, p. 113. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde**. 2006. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/468>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

GASTAL, C.A.; PILATI, R. Escala de necessidade de pertencimento. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 2, p. 285-292, mai./ago. 2016.

GOMES, A.P. et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 105-111, 2008.

GONÇALVES, R.M.A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.40, n.131,p. 59-74, 2015.

HADDAD, J. ET AL. Educacion permanente de personal de salud. Jorge Haddad Q., María Alice Clasen Roschke, María Cristina Davini, editores. OPS, (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100). p. 25. 247p. Washington, D.C.: 1994.

HADDAD, J. et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136 - 204, abr/jun 1990.

_____. A educação continuada e as políticas públicas no Brasil. OIE. **REVEJ@ - Revista de Educação de Jovens e Adultos**, v. 1, n. 10, p. 1-113, ago. 2007. Disponível em: <<https://www.oei.es/historico/noticias/spip.php?article985>>. Acesso em: 08 out. 2018.

HIRDES, A.; SILVA, M.K.R. Apoio matricial em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde: barreiras e fatores facilitadores. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n. 4, p. 499-511, 2017.

_____. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 582-592, jul-set 2014.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p.13-20, 2004.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p.115-121, jun. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>>. Acesso em: 29 set. 2018.

_____. **Curitiba: História**. 2014. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/historico>>. Acesso em: 29 set. 2018.

JUNQUEIRA, S.R. **Competências profissionais na estratégia saúde da família e o trabalho em equipe**. 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_9.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

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

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p.913-922, 2016.

LIMA, V.V. **Processos Educacionais na Saúde**: ênfase em avaliação de competência. Caderno do curso 2016-2017. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Editorial. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 1-18, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030>>. Acesso em: 15/09/2018.

MARIN, A.J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e Concepções. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS,M.A.A. (Org.). **Educação continuada**. Brasília: Cadernos CEDES; 1995.

MATURANA, H. **Matriz ética do habitar humano**. 2012. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/fabiopedrazzi/maturana-humberto-matriz-etica-do-habitar-humano>>. Acesso em: 06 out. 2018.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. [s.l.]: OPAS. 2011.

_____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. 1 ed. [s l.]: OPAS. 2012.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MORA, J. F. **Diccionario de filosofia abreviado**. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1970.

MOREIRA, M. A. O que é afinal aprendizagem significativa?. **Qurriculum Revista de Teoría, Investigación y Práctica Educativa**, n. 25, p. 25-45, 2012.

OPAS; CONASS. **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.

PAULINO, V.C.P. et al. Ações de Educação Permanente no Contexto da Estratégia Saúde da Família. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-369, 2012.

PELIZZARI, A. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Rev PEC**, v. 2, n. 1, p. 37-42, jul. 2001-jul. 2002.

PREFEITURA DE CURITIBA. **Núcleos de Apoio de Saúde da Família terão mais equipes e profissionais.** 2014. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/nucleos-de-apoio-de-saude-da-familia-terao-mais-equipes-e-profissionais/31901>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

_____. **Núcleos de Apoio em Atenção Primária em Saúde -NAAPS.** 2018. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/promocao-da-saude/naaps.html>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

QUEIROZ, M.V.; JORGE, M.S. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.10, n. 19, p. 117-130, jan/jun 2006.

QUINTANA, P.B.; ROSCHKE, M.A.C; RIBEIRO, E.C.O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q.J; ROSCHKE, M.A.C; DAVINI, M.C. **Educación permanente de personal de salud.** p. 33. Washington, D.C.: OPS, 1994.

RAMOS, M. N. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil:** um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ; 2010.

REDE HUMANIZA. **Política Nacional de Humanização.** 2018. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. Acesso em: 16 set. 2018

RIBEIRO, C. Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 1, p. 109-116, 2003.

SADALA, M.L.A. A alteridade: o outro como critério. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 355-357, dez. 1999.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.D.P.B. **Metodologia de Pesquisa:** Coleta e análise dos dados qualitativos. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SCHÖN, D.A. **Educando o profissional reflexivo:** um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, n. 17, n. 1, p. 1-14. 2015.

SILVA, M.J.P et al. **Educação continuada**: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.

SILVA, S.C.R.; SCHIRLO, A.C. **Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel**: um diálogo para o ensino de ciências. São Paulo:[s.n.], 2011.

_____. Teoria da aprendizagem significativa de Ausubel: reflexões para o ensino de física ante a nova realidade social. **Imagens da Educação**, v. 4, n. 1, p. 36-42, 2014.

SOUSA, F.O.S. et al. O papel do núcleo de apoio à saúde da família na coordenação assistencial da atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, out-dez 2017.

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

TEIXEIRA, P.F. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 2, p. 2115-2122, 2008.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 777-796, 2009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Declaração de Hamburgo sobre Educação de Adultos**. 1997. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-a-Educa%C3%A7%C3%A3o/declaracao-de-hamburgo-sobre-educacao-de-adultos.html>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 847-850, jul-set, 2000.

WERTHEIN, J; DA CUNHA, C. **Fundamentos da nova educação**. Brasília: UNESCO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and scaling up health professionals' education and training**: World Health Organization guidelines. Genebra: WHO, 2013.

APÊNDICE A - ENTREVISTA POR ESCRITO

Você está participando de um estudo denominado O MÉDICO PEDIATRA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA. Solicito que responda as questões abaixo da forma mais completa possível, sem se preocupar com o número de linhas. Fique à vontade para expressar suas opiniões.

- Qual a sua idade? _____
- Qual o seu sexo? _____
- Qual a sua titulação profissional?

Graduação: _____ Ano de conclusão: _____

Residência: _____ Ano de conclusão: _____

Especialização: _____ Ano de conclusão: _____

Mestrado: _____ Ano de conclusão: _____

Doutorado: _____ Ano de conclusão: _____

Pós-doutorado: _____ Ano de conclusão: _____

- Como você faz a sua atualização profissional?
- Há quanto tempo você atua na rede pública de saúde?
- O que é o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para você?
- Quais as suas atribuições como pediatra no NASF?
- Entre suas atribuições como pediatra no NASF, qual você julga a mais importante?
Por que?
- O que é educação permanente para você?
- Como você avalia o grau de importância da educação permanente no NASF? Por que?
- Qual o seu grau de interesse em aprofundar seu conhecimento em educação permanente?

- Com que frequência você atua com educação permanente no NASF?
- Quais as facilidades que você, como pediatra do NASF, encontra para realizar a educação permanente da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF)?
- Quais as dificuldades que você, como pediatra do NASF, encontra para realizar a educação permanente na ESF?
- Com que frequência você acredita que o pediatra do NASF deve atuar com educação permanente?
- O que é necessário para melhorar sua função educativa como pediatra do NASF?
- Quem você avalia que deva participar no planejamento das atividades de educação permanente em saúde?

APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL O MÉDICO PEDIATRA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO NASF

1. Acolhimento e agradecimento
2. Assentamento
3. Apresentação breve de cada participante
4. Apresentação dos objetivos da pesquisa:

Objetivo geral:

Compreender como ocorre o processo de educação permanente realizada pelo médico pediatra do NASF na atenção primária à saúde da rede pública de Curitiba.

Objetivos específicos:

- c) Observar a percepção dos médicos pediatras do NASF em relação à educação permanente;
 - d) Observar como o médico pediatra do NASF realiza a educação permanente
-
5. Informe sobre o papel das moderadoras
 6. Questão disparadora:
 - “Como trabalhar a educação permanente para os demais profissionais da atenção primária, na atividade como pediatra do NASF?”
 - em que momentos
 - com quem
 - com que recursos
 - por que
 - para que se deve trabalhar a educação permanente no NASF em Pediatria.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado “O MÉDICO PEDIATRA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA”, cujos objetivos e justificativas são:

Objetivo geral:

Conhecer como ocorre o processo de educação permanente realizada pelo médico pediatra do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na atenção primária à saúde da rede pública.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar o perfil sociodemográfico dos médicos pediatras que realizam o apoio matricial na rede pública de saúde.
- 2) Conhecer a percepção dos médicos pediatras em relação à educação permanente no NASF.
- 3) Identificar como o médico pediatra realiza a educação permanente no NASF.
- 4) Levantar as competências necessárias para a educação permanente realizada pelo médico pediatra do NASF.

A presente pesquisa justifica-se porque é necessário conhecer as características da educação permanente em saúde realizada pelo médico pediatra do NASF, na atenção primária à saúde. A partir deste conhecimento será possível estabelecer o ponto de partida para o enfrentamento das dificuldades e o desenvolvimento das potências e competências ainda não exploradas na sua atividade profissional.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário de dezessete perguntas que será encaminhado a você por e-mail, participar de uma entrevista e de uma reunião em grupo focal com outros pediatras do NASF que discutirão sobre a educação permanente em saúde no NASF. A entrevista poderá ocorrer em local de sua preferência. A reunião em grupo focal ocorrerá em ambiente neutro, que não seja pertencente à Secretaria Municipal da

Saúde, com duração entre uma hora e trinta minutos a uma hora e quarenta e cinco minutos, a depender das necessidades do próprio grupo. A entrevista e a reunião do grupo focal serão gravadas em gravador. O grupo focal contará com a presença de outros pediatras do NASF, da pesquisadora e de uma auxiliar com conhecimento da técnica de grupo focal.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como:

- 1) A identificação de como ocorre a educação permanente em saúde realizada pelo médico pediatra do NASF.
- 2) A identificação de dificuldades, possibilidades e potencialidades para a educação permanente realizada pelo médico pediatra do NASF.
- 3) Maior compreensão das competências necessárias para a melhoria da educação permanente realizada pelo pediatra do NASF.
- 4) Oportunidade de reflexão crítica sobre a prática realizada pelos médicos pediatras do NASF.
- 5) A possibilidade de proposições para o desenvolvimento das competências necessárias para a realização da educação permanente no NASF.

Entre os possíveis riscos na presente pesquisa, há a possibilidade de constrangimento para expor suas respostas. Entretanto este risco é minimizado ao assegurar a você que haverá absoluto sigilo quanto à identificação dos participantes nas respostas obtidas. Sua privacidade será totalmente respeitada, ou seja, seu nome, qualquer dado/ informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma identificá-lo(a), será mantido em sigilo. O conteúdo das gravações estarão acessíveis apenas à pesquisadora e seu orientador, e sua transcrição não terá qualquer identificação dos participantes.

A pesquisadora trabalha na área de Saúde da Criança do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e atua com os temas científicos em Saúde da Criança na SMS Curitiba, sua interface com as sociedades científicas, prestadores de serviços em saúde, demais equipamentos da Prefeitura Municipal de Curitiba, órgãos governamentais da esfera estadual e federal, e órgãos não governamentais. A mesma também atua como médica pediatra do NASF e sua atuação aqui é exclusivamente como pesquisadora. No Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da SMS Curitiba existe a Coordenação do NASF, responsável pelo NASF de Pediatria, a quem

os pediatras do NASF se reportam; a pesquisadora não pertence à equipe desta coordenação e não está em posição hierárquica superior em relação aos demais pediatras do NASF.

Em virtude de conflito ético, há impossibilidade da pesquisadora participar respondendo ao questionário, expor seu ponto de vista sobre o tema proposto no grupo focal ou em eventual entrevista da pesquisa. A auxiliar da pesquisadora no grupo focal não tem qualquer envolvimento com a Pediatria na SMS Curitiba.

Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Cristiane Maria Leal Vardana Marangon, mestranda do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde na linha de pesquisa Educação Permanente e Integração entre Ensino, Saúde e Comunidade, com orientação do Prof. Dr. Juliano Mendes de Souza, das Faculdades Pequeno Príncipe. Você poderá manter contato com ambos pelos telefones (041) 99154-3425, (041) 3024-3425 e (041) 98848-2400. Se tiver dúvidas referentes ao projeto de pesquisa poderá manter contato com o Comitê de Ética pelo número (41) 3310-1512. Também haverá assistência integral, gratuita e imediata por parte da pesquisadora.

É também assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação na pesquisa.

Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro, ou mediante depósito em conta corrente. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer n°: _____

Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do referido estudo e se deseja participar do mesmo, pode, por favor, manifestar seu consentimento?

- Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo, assinado pelo pesquisador.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Nome do participante:

RG do participante:

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cristiane Maria Leal Vardana Marangon

RG da pesquisadora responsável: 3.503.191-0 - PR

Curitiba, 11 de abril de 2018.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA