

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Charlene Ester Machado Silva

**Educação Permanente e suas Interfaces com as Condições Sensíveis à
Atenção Primária**

**Juiz de Fora
2016**

Charlene Ester Machado Silva

**Educação Permanente e suas Interfaces com as Condições Sensíveis à
Atenção Primária**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: “Cuidado em saúde e enfermagem”.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Charlene Ester Machado .

Educação Permanente e suas Interfaces com as Condições Sensíveis à Atenção Primária / Charlene Ester Machado Silva. -- 2016.

100 f. : il.

Orientador: Denise Barbosa de Castro Friedrich
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Permanente. 3. Enfermagem. 4. Hospitalização. I. Friedrich , Denise Barbosa de Castro , orient. II. Título.

Charlene Ester Machado Silva

**Educação Permanente e suas Interfaces com as Condições Sensíveis à
Atenção Primária**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: “Cuidado em saúde e enfermagem”.

Aprovada em 14 de outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Kênia Lara Silva
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este trabalho ao meu avô Sebastião e a Andressa in memoriam,
pessoas especiais que partiram durante minha caminhada no
mestrado e estarão sempre em meu coração, saudades!*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por iluminar meus caminhos nessa jornada.

Aos meus pais, Gilberto e Ondina, pelo amor e carinho a mim dedicados, por me apoiarem em todos os momentos e não medirem esforços para que eu chegasse até aqui. Pela dedicação para minha formação pessoal e profissional, pelos ensinamentos de vida e por serem sempre meu suporte.

Ao Rodrigo, meu marido, por escutar meus desabafos com todo carinho e atenção e por ser meu grande incentivador, bem como por não me deixar desanimar diante das dificuldades, por caminhar sempre ao meu lado.

À minha orientadora, Profa. Denise Barbosa de Castro Friedrich, por estar comigo nessa caminhada, compartilhando seus saberes e experiências, por entender os momentos difíceis que vivenciei nesse trajeto e pelas palavras de conforto e estímulo.

Aos enfermeiros da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, que ofereceram um pouco de seu tempo e aceitaram participar da construção desta pesquisa.

Às professoras Betânia Maria Fernandes e Edna Aparecida Barbosa de Castro por participarem da defesa do projeto, contribuindo para o enriquecimento deste estudo.

Às professoras Beatriz Francisco Farah e Kênia Lara Silva pela disponibilidade, pelas contribuições no exame de qualificação e por, tão prontamente, terem aceitado compor a banca de defesa e a professora Lívia Cozer Montenegro.

Aos colegas do mestrado, com os quais dividi não só os trabalhos, mas também as angústias, as dúvidas, as ideias e as alegrias. Em especial a Daniela Duque e Gilmara.

Aos professores e a todos os colaboradores do curso do Mestrado em Enfermagem da UFJF.

Aos amigos, que torceram e vibraram com a realização dessa conquista e a todos que, eventualmente, não foram citados, mas que contribuíram para realização dessa pesquisa.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.”

Paulo Freire

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa que empregou como referencial teórico-metodológico a hermenêutica dialética. Teve como objetivo geral analisar o processo de Educação Permanente realizado pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e suas interfaces com as Condições Sensíveis à Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na ordenação das redes de atenção, na gestão e coordenação do cuidado ao usuário, buscando a resolubilidade de suas ações. Esta pode estar comprometida quando não há um atendimento eficiente às condições consideradas sensíveis à atenção primária. Entre os fatores envolvidos, a educação permanente vem como uma ferramenta para auxiliar os profissionais no manejo dessas condições e o enfermeiro está inserido nesse contexto como profissional atuante no que diz respeito à prestação da assistência, à gestão e ao desenvolvimento da Educação Permanente junto a sua equipe. Participaram da pesquisa 14 enfermeiros atuantes na Atenção Primária no município de Juiz de Fora - MG. Os dados encontrados foram analisados a partir de duas categorias: 1ª) Assistência na Atenção Primária à Saúde e Internações Hospitalares; 2ª) Educação: ferramenta para lidar com as Condições Sensíveis à Atenção Primária. Os resultados apontaram que a maior causa de internações na área de abrangência dos enfermeiros está relacionada a doenças crônicas que figuram entre as Condições Sensíveis à Atenção Primária e que, grande parte delas, poderia ser evitada. Os enfermeiros reconhecem o processo de educação permanente como ferramenta para interferir nas ocorrências dessas hospitalizações, porém as práticas realizadas por eles se aproximam mais da educação continuada com a atualização de técnicas e repasse de informações e não há um espaço específico para realização da Educação Permanente. Assim, a associação entre Condições Sensíveis à Atenção Primária e Educação Permanente ainda é muito frágil. A Educação Permanente, apesar de ser considerada ferramenta importante para apoiar os profissionais no atendimento e manejo das Condições Sensíveis à Atenção Primária, ainda não apresenta grande impacto em relação a essas condições.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação Permanente. Enfermagem. Hospitalização.

ABSTRACT

This is a descriptive qualitative study that employed as theoretical and methodological hermeneutics-dialectics. We aimed to analyze the permanent education process carried out by nurses of Primary Health Care and its interfaces with ambulatory care sensitive conditions. The Primary Health plays a key role in the ordering of care networks, management and coordination of care to users seeking the resoluteness of their actions. The resoluteness may be compromised when there is not an efficient service to ambulatory care sensitive conditions. Among the factors involved, permanent education comes as a tool to assist professionals in the management of these conditions and the nurse is inserted in this context as a professional acting concerning the provision of assistance, the management and development of permanent education at its team. The participants were fourteen nurses working in primary health care in the city of Juiz de Fora - MG. The data were analyzed from two categories: 1st) Assistance in Primary Health and Hospitalization; 2nd) Education: tool for dealing with ambulatory care sensitive conditions. The results showed that the major cause of hospitalizations in the catchment area of the nurses is related to chronic diseases among the ambulatory care sensitive conditions and that most of them could be avoided. Nurses recognize the process of permanent education as a tool to interfere in the occurrence of these hospitalizations, but the practices carried out by they are closer to the continuing education to update techniques and transfer of information and there is not a specific space for realization of permanent education. Thus, the association between ambulatory care sensitive conditions and permanent education is still very subtle. The permanent education although considered important tool to support professionals in the care and handling of ambulatory care sensitive conditions, yet has not a great impact in relation to these conditions.

Keywords: Primary Health Care. Continuing Education. Nursing. Hospitalization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ciclos de implementação da Atenção Primária à Saúde no Brasil	22
Quadro 2 – Caracterização dos Enfermeiros	44
Quadro 3 – Síntese das falas obtidas nas entrevistas.....	48
Quadro 4 – Sobre Educação Permanente oferecida aos enfermeiros da Atenção Primária pela Secretária de Saúde	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP/UFJF	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP-MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
FRAMINAS	Fundação de Apoio e Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais - Fundação Renato Azeredo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MBA	Master in Business Administration
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAPS	Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPI	Política Nacional da Pessoa Idosa

RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atendimento Primário à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
3.1.1	Atenção Primária à Saúde Renovada	25
3.1.2	Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora	28
3.2	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP).....	31
3.2.1	A Lista Brasileira das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	33
3.2.2	As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Juiz de Fora	34
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	35
4	PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1	TIPO DE ESTUDO	41
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	42
4.3	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	43
4.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	45
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	46
4.6.1	1ª Etapa – Organização dos dados	47
4.6.2	2ª Etapa – Classificação dos dados	47
4.6.3	3ª Etapa – Análise final dos dados	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1	ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	50
5.2	EDUCAÇÃO: FERRAMENTA PARA LIDAR COM AS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	60
5.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	69

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICES	84
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido conceituada como uma estratégia para reorganizar a atenção à saúde de modo a atender a maioria das necessidades da população de forma regionalizada, com a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, além de ações curativas e de reabilitação (BRASIL, 2012). A APS é ainda contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, devendo atender aos princípios da integralidade, da continuidade e da coordenação do cuidado (STARFIELD, 1994).

No Brasil, a APS, também denominada Atenção Básica (AB) à Saúde, teve seu fortalecimento com o movimento da reforma sanitária e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, desenvolveu-se pautada nos princípios do SUS, especialmente os da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Atualmente a principal estratégia para desenvolver a APS no Brasil é a Saúde da Família, que trabalha com a territorialização, a responsabilização sanitária, o vínculo com as famílias e comunidade, com equipes compostas basicamente por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) elenca as funções da AB e entre elas está a resolubilidade. A AB deve ser capaz de atender a maioria das necessidades de saúde da população, utilizando tecnologias adequadas de forma oportuna e eficaz (BRASIL, 2012).

Dessa forma, uma AB resolutiva no atendimento das necessidades de saúde da população evitaria que determinados agravos, passíveis de serem resolvidos nesse ponto da rede de atenção, fossem para outros pontos da rede, sobrecarregando-os. Quando se fala de agravos com grande potencial de resolução pela Atenção Primária (AP), refere-se às Condições Sensíveis à Atenção Primária (NEDEL et al., 2010).

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) integram o dia a dia de trabalho das equipes de saúde da APS e a Enfermagem está fortemente inserida nessas equipes, sendo sua atuação fundamental para o atendimento e manejo dessas condições. Nesse sentido, abordar problemas de saúde que resultam em um grande número de internações possibilita estimar os efeitos da AP sobre determinadas

situações, guiando as intervenções necessárias que possam aprimorar o cuidado, a assistência neste nível de atenção (MOURA et al., 2010).

Assim que me formei, em dezembro de 2009, iniciei minha vida profissional atuando em uma equipe de Saúde da Família em um município do interior do Rio de Janeiro. Nesse percurso de três anos, pude participar de muitos encontros promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde e, em um deles, foi abordada a questão das CSAP como um indicador de qualidade da AP. Até então, não conhecia esse conceito, apesar de lidar diariamente com grande parte dessas condições como a hipertensão, diabetes, doenças preveníveis por imunização, doenças pulmonares e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Um ano depois de iniciar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), comecei a trabalhar em um hospital de pequeno porte, também no Estado do Rio de Janeiro, que atendia as urgências e emergências e possuía leitos clínicos de internação. Nessa oportunidade, pude perceber que a maioria dos casos atendidos no hospital que resultavam ou não em internação estavam ligados a complicações de diabetes e hipertensão, bem como a doenças pulmonares. Agravos esses que figuram na lista de CSAP.

Inquietou-me, então, como enfermeira atuante nesses dois pontos, observar tal situação pelo ângulo da AP e também da Atenção Terciária. Escutava de muitos colegas que aqueles pacientes ali estavam porque o “PSF não funcionava”, não promovia o devido tratamento desses pacientes, o manejo adequado de suas condições. Mas, estando do outro lado da rede, sabia da realidade enfrentada diariamente pelas equipes de saúde da AP para promover um atendimento adequado às famílias e à comunidade, para melhorar a qualidade da atenção. Muitos eram os fatores que influenciavam esse processo como as condições de trabalhos das equipes, os vínculos trabalhistas precários, questões gerenciais e também de preparo dos profissionais.

Algum tempo depois, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), pude reviver novamente essa inquietação sobre o (não) atendimento oportuno às CSAP, relacionando-as com uma ferramenta importante na melhoria da qualidade da atenção que é a Educação Permanente (EP).

A EP é um processo imprescindível que possibilita o crescimento pessoal e intelectual para que se possa desenvolver um conhecimento diversificado e

resolutivo, diminuindo os anseios que surgem na prática profissional. O enfermeiro, em parceria com os demais profissionais de saúde, participa desse processo, sendo facilitador do aprendizado de sua equipe, o que resultará em melhorias no desempenho profissional e conseqüentemente para a qualidade da assistência e para a instituição de saúde (DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA et al., 2011).

No contexto da AP, a PNAB trata também da EP, pontuando que esse processo vai além da questão pedagógica evidente, ele tem um caráter estratégico de gestão, sendo capaz de incitar mudanças no dia a dia na execução dos serviços. A EP na AP, além de proporcionar a qualificação dos profissionais, a aquisição de conhecimentos e habilidades, deve ser também orientadora de um aprendizado que surge do cotidiano do processo de trabalho nesse nível de atenção (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, considera-se fundamental o papel da AP na ordenação das Redes de Atenção, como uma AP resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário (BRASIL, 2012). Por outro lado, quando a AP não é resolutiva, por vezes sobrecarrega outros níveis de atenção. Entre os diversos fatores que interferem nessa questão, a EP surge como uma ferramenta para auxiliar os profissionais no atendimento às CSAP. O enfermeiro está inserido nesse contexto como profissional atuante na AP no que diz respeito à prestação da assistência, à gestão e ao desenvolvimento da EP junto a sua equipe.

Assim, articulando a Atenção Primária a Saúde com as Condições Sensíveis a Atenção Primária e a Educação Permanente, surgiu a seguinte questão: como ocorrem os processos de Educação Permanente para que os enfermeiros atuem de forma a contribuir na redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária? Tem-se, por conseguinte, o objeto da presente pesquisa, que é o processo de EP na AP à saúde e sua interface com as CSAP na perspectiva dos enfermeiros. O objetivo do estudo é analisar o processo de Educação Permanente realizado pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e suas interfaces com as Condições Sensíveis a Atenção Primária.

Para apresentação da pesquisa, seguir-se-á com a revisão da literatura, abordando os temas *Atenção Primária à Saúde*, *Condições Sensíveis à Atenção Primária* (CSAP) e *Educação Permanente em Saúde*. Em seguida, serão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos traçados a partir do objeto de pesquisa que serviram para orientar o desenvolvimento deste estudo. Passar-se-á pelo detalhamento do percurso metodológico adotado para a obtenção dos dados, bem

como pelos meios e métodos de análise para obtenção dos resultados. Serão apresentados então os resultados da pesquisa, a partir das falas dos participantes compreendidas por meio da hermenêutica dialética. Por fim, expõem-se as considerações finais provenientes dos resultados alcançados na pesquisa, fornecendo subsídios para as discussões sobre a EP como ferramenta para atuação do enfermeiro diante das CSAP.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de Educação Permanente realizado pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e suas interfaces com as Condições Sensíveis a Atenção Primária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as internações hospitalares a partir da visão dos enfermeiros em sua área de atuação e relacioná-las às CSAP;
- Identificar iniciativas de EP e sua relação com as CSAP;
- Descrever o processo de EP de enfermeiros da atenção primária à saúde e suas possíveis interfaces com as CSAP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção primária à Saúde foi citada pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde em um documento do governo inglês em 1920, o chamado Relatório Dawson. Esse documento buscava contrapor-se ao modelo flexneriano americano de caráter curativo, pautado no reducionismo biológico e na atenção individual, além de tornar-se referência para a organização do modelo de saúde inglês, que, devido aos custos elevados, relacionados à baixa resolubilidade e à complexidade da atenção médica, começava a gerar preocupações às autoridades do país (MOROSINI; CORBO, 2007).

Mais tarde, no final da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem definir, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, o conceito de AP como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978, p. 3-4, tradução nossa).

A APS é entendida então como um meio para oferecer a todos os indivíduos, famílias e comunidades os serviços de saúde que são indispensáveis. Evoluindo ainda nesse conceito, considera-se que AP vai muito além do alcance de serviços básicos de saúde, ela envolve fatores sociais e de desenvolvimento e, se aplicada de maneira apropriada, poderá influenciar o funcionamento de todo o sistema de saúde.

Foi a partir desse documento gerado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, que a APS começou a ter destaque internacional, direcionando os estudos em saúde e sua relação com o desenvolvimento da sociedade.

Em 1998, Starfield publicou uma obra onde explanava o impacto positivo que a APS exercia em diversos países. Mais tarde, em 2002, a mesma autora veio trazer em outra obra o conceito e características da APS.

Starfield (2002) destaca que a APS constitui porta de entrada no sistema de saúde para as necessidades e problemas de saúde dos indivíduos, tem foco sobre esses e não sobre suas enfermidades, coordena o cuidado ao longo do tempo, com atenção às mais diversas condições, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação. A APS atua ainda na integração da atenção quando há mais de um problema de saúde, considerando o contexto no qual esses problemas estão inseridos e a maneira como podem influenciar seu desfecho. Dessa forma, a APS reúne um conjunto de ações que combinadas são exclusivas desse nível de atenção.

A AP compartilha ainda algumas características com outros níveis de atenção do sistema de saúde, entre elas, a responsabilidade pelo acesso, a qualidade e os custos, atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação e o trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

De acordo com a mesma autora, a APS é a responsável pela organização e racionalização dos recursos básicos e especializados, direcionando-os para promoção, manutenção e melhoramento da saúde. Constitui a base que conduz o trabalho que será desenvolvido pelos outros níveis do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

A APS possui ainda quatro atributos considerados essenciais que foram sistematizados por Starfield (2002), a saber:

- Primeiro Contato: refere-se à acessibilidade ao serviço de saúde e atendimento para um problema de saúde novo ou já existente.
- Longitudinalidade: implica a existência de uma rede continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo. Considera-se também a relação entre a população e sua fonte de atenção que deve refletir uma relação interpessoal intensa que demonstre a confiança recíproca entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: as unidades de APS deveriam ofertar aos usuários todos os serviços de saúde que demandem desde ações de promoção e prevenção até ações de cura e reabilitação.
- Coordenação do Cuidado: implica a continuidade do atendimento ao usuário pelo mesmo profissional ou através de prontuários, além de considerar problemas abordados em outros serviços e realizar a integração destes cuidados, coordenando os serviços.

Derivam desses atributos essenciais três características da APS (STARFIELD, 2002):

- Orientação Familiar: ao avaliar as necessidades de cada indivíduo, deve-se analisar seu contexto familiar, destacando sua potencialidade para o cuidado, bem como sua possível ameaça ao mesmo, utilizando instrumentos de abordagem familiar.
- Orientação Comunitária: diz respeito ao reconhecimento das necessidades da comunidade por parte do gestor da atenção através de dados epidemiológicos e do contato e relação com a mesma. Além disso, abarca o planejamento e avaliação de ações pelos profissionais de saúde e pela comunidade.
- Competência Cultural: implica o reconhecimento das necessidades especiais de cada população para facilitar a relação desta com os profissionais de saúde.

A implementação da APS no Brasil tem uma história e seguiu ciclos em que a inclusão de saberes e a conjuntura político-institucional determinaram prioridades e deram ênfases distintas a seus princípios constituintes. Mendes (2012) descreve esses ciclos (Quadro 1).

Quadro 1 – Ciclos de implementação da Atenção Primária à Saúde no Brasil

1° Ciclo	Ocorreu nos anos 20 com os Centros de Saúde-Escola instituídos pelo professor Paulo Souza da Universidade de São Paulo (USP);
2° Ciclo	Refere-se à criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a partir dos anos 40;
3° Ciclo	Teve seu auge nos anos 60 com a implantação pelas secretarias estaduais de saúde dos chamados centros de saúde;
4° Ciclo	Ocorreu na metade dos anos 70 com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS);
5° Ciclo	Aconteceu no início dos anos 80 com as Ações Integradas de Saúde (AIS) que, em núcleos urbanos, articularam os cuidados primários das secretarias estaduais de saúde com os da Previdência Social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS);
6° Ciclo	Aconteceu a partir dos anos 80 com a criação do SUS e a municipalização das ações da APS;
7° Ciclo	É o ciclo atual, que surgiu em 1993 com a criação pelo Ministério da Saúde (MS) do programa de Saúde da Família.

Fonte: Adaptado de Mendes (2012).

Mendes (2012) faz um resumo da evolução da AP no Brasil desde o século passado, destacando pontos importantes de cada fase de implantação. Assim, nos anos 20, surgiu o primeiro ciclo com a implantação dos Centros de Saúde-Escola criados na Universidade de São Paulo – USP. Estes possuíam algumas características como uma população adscrita, a educação sanitária e promoção de saúde e faziam uma clara distinção entre a saúde pública e atenção médica. No segundo ciclo, de início dos anos 40, houve a criação do Serviço Especial de Saúde

Pública - SESP, que foi precursor na criação de unidades de APS que mesclavam ações de prevenção e curativas ainda que limitadas às doenças infecciosas.

Nos anos 60, houve o terceiro ciclo, que se desenvolveu nas Secretarias Estaduais de Saúde com a criação dos centros estaduais de saúde, mantendo o foco nas ações preventivas, mas direcionando a atenção médica para grupos como o materno-infantil e de doenças infecciosas. O quarto ciclo ocorreu na metade dos anos 70 com a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS e se desenvolvia à medida que a APS ganhava destaque internacional com as propostas referidas pela Conferência de Alma-Ata em 1978.

O quinto ciclo, nos anos 80, foi marcado pela junção das ações integradas de saúde (AIS) com a APS. Nesse momento, os recursos do INAMPS eram repassados às secretarias municipais e estaduais de saúde. O sexto ciclo é marcado pela criação do SUS e a municipalização da APS. Com a responsabilidade da APS assumida pelos municípios, a APS experimentou uma importante expansão no SUS.

E finalmente o sétimo ciclo, vigente no momento, teve início a partir de 1993 com a criação do programa denominado hoje *Estratégia de Saúde da Família*. A ESF veio somar à expansão da APS no Brasil não apenas números, mas também uma significativa melhoria na oferta das ações de saúde voltadas à população. A ESF hoje é o modelo estruturante da APS no Brasil que teve sua implementação enquanto política em 2006 com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

A PNAB, de 2012, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) discorre sobre a AB como um conjunto de ações voltadas para os indivíduos e a coletividade envolvendo a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Tem por objetivo intervir nas situações de saúde, nos seus determinantes e condicionantes através de uma atenção integral e por características práticas de cuidado e gestão participativa, a definição de território, a responsabilização sanitária e o trabalho em equipe. Emprega tecnologias de cuidados das mais variadas para realizar o manejo das necessidades de saúde mais frequentes de determinada população (BRASIL, 2012).

A PNAB elenca ainda quatro funções da AB, a saber: *ser base*, estar sempre presente no desenvolvimento do cuidado e alcançar o maior nível de descentralização; *ser resolutive*, a AB deve ser capaz de identificar os riscos, as necessidades de saúde de determinada população e utilizar tecnologias de cuidado

apropriadas para resolução desses problemas tanto em nível individual como coletivo; *coordenar o cuidado*, estabelecer o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), construir, acompanhar e gerenciar os projetos terapêuticos singulares, atuar como um elo entre os variados pontos de atenção, sendo responsável pelo cuidado aos usuários através de uma relação horizontal; *Ordenar as redes* através do diagnóstico dos problemas de saúde mais comuns da população da área de abrangência, organizar o atendimento dos outros pontos de atenção, para que esse atendimento parta das necessidades apresentadas pelos usuários (BRASIL, 2012).

A APS brasileira possui três características que a distinguem dos sistemas de outros países, a saber: decisão de as equipes multidisciplinares serem responsáveis por territórios geográficos e população adscrita – as equipes devem reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social; presença singular dos agentes comunitários de saúde e inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

É possível perceber que o fortalecimento da APS no Brasil passa por um processo gradativo com o aumento da expansão de cobertura das equipes de saúde da família que se tornam um importante instrumento reordenador da atenção no SUS. A ESF procura exercer os princípios da APS, sendo o primeiro contato da população com as ações e os serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo, e coordena os usuários na rede de serviços. Assim, pressupõe então maior racionalidade no uso dos demais níveis de assistência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) elabora um documento que discorre sobre a necessidade de renovação da APS, enfatizando a necessidade de uma APS mais eficaz para enfrentar os problemas de saúde existentes.

3.1.1 Atenção Primária à Saúde Renovada

A Declaração de Montevideu confeccionada em julho de 2005, na cidade homônima, foi um documento importante que serviu de apoio teórico para o posicionamento da OPAS sobre a renovação da APS nas Américas.

Essa declaração elencou dez tópicos que refletem o comprometimento dos países com a APS. Foram eles: o compromisso de facilitar a inclusão social e a equidade em saúde; o reconhecimento dos papéis cruciais do indivíduo e da comunidade no desenvolvimento de sistemas baseados na APS; a orientação no sentido da promoção da saúde e atenção abrangente e integrada; o desenvolvimento do trabalho intersetorial; a orientação para qualidade do atendimento e segurança do paciente; o fortalecimento dos recursos humanos na saúde; o estabelecimento de condições estruturais que permitam a renovação da APS; a garantia da sustentabilidade financeira; a pesquisa e desenvolvimento de tecnologia apropriada e o fortalecimento de redes e parcerias de cooperação internacional em apoio à APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Nesse contexto, a OPAS, em documento publicado no ano de 2007, intitulado “*Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*”, vem enfatizar a necessidade de uma abordagem renovada da APS e afirma que o “objetivo de renovar a APS é revitalizar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, prepará-los para novos desafios de saúde e melhorar a equidade” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007, p. 2).

O mesmo documento lista alguns motivos para adotar essa nova abordagem, entre eles o aparecimento de novos desafios epidemiológicos que demandam novos conhecimentos da APS para abordá-los; a necessidade de ajustar algumas fragilidades presentes em determinadas abordagens que são divergentes da APS; o surgimento de novas tecnologias e práticas inovadoras que podem ser apropriadas pela APS, tornando-a mais eficaz, e o reconhecimento cada vez mais crescente de que a APS constitui uma importante ferramenta que contribui para o fortalecimento da sociedade no que diz respeito ao enfrentamento das desigualdades na área da saúde, além de representar uma abordagem importante para enfrentar as

causas determinantes de uma saúde precária e injusta (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Dessa maneira, uma abordagem para renovar a APS deve abranger fatores tais como a conclusão da implementação da APS onde houve falhas para garantir o acesso de todos os cidadãos ao direito à saúde, promovendo a equidade; o fortalecimento da APS frente aos novos desafios de modo a melhorar a qualidade da atenção e da gestão e a satisfação do cidadão e da comunidade com os serviços oferecidos; a inclusão da APS na agenda ampla da equidade e do desenvolvimento humano, promovendo o vínculo entre a renovação da APS e o desenvolvimento dos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

A enfermagem ocupa um lugar de destaque nesse processo de renovação, com se pode observar no discurso da OPAS que a aponta como peça fundamental nessa transição para uma AP orientadora do cuidado. Nesta se substitui o curativismo pelo cuidado, a tecnologia pesada pelo conhecimento e subjetividade, o espaço hospitalar pelo da unidade de saúde, domicílio e comunidade. Em um ambiente em que os valores e crenças dos indivíduos devem ser reconhecidos, a enfermagem traz grandes contribuições de suas bases teóricas, facilitando a comunicação nos processos educativos em saúde, assim como o entendimento e a aprendizagem com suporte nas situações difíceis. Assim como no mundo, no Brasil, a enfermagem constitui a maior força de trabalho na área da saúde e sua atuação contribui de maneira significativa para a oferta de serviços em APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O que se pretende com a renovação da APS é que ela não somente seja considerada como primeiro nível de atenção do sistema de saúde, com seu potencial reduzido, mas sim, que ela possa ser firmada como o “eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011, p. 49).

As redes integradas de atenção à saúde são aqui conceituadas de acordo com duas fontes amplamente conhecidas. Mendes (2011) as define como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

Outro conceito de redes de atenção largamente difundido é o apresentado pela Organização Pan-Americana da Saúde, que define que estas constituem uma rede de organizações que oferece ou fornece as disposições necessárias para a prestação de serviços de saúde, com base nos princípios da equidade e integralidade, a uma determinada população. Dispõem-se a apresentar suas responsabilidades pelos resultados clínicos e também econômicos e pelo estado de saúde da população a qual elas assistem (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A atuação da APS como orientadora dessas redes de atenção, ordenando o cuidado e articulando as tecnologias, ações e serviços de saúde, tem como objetivo a composição de sistemas de saúde que sejam funcionais, resolutivos e acolhedores. Para que isso ocorra, a APS deve planejar, oferecer e operacionalizar aquilo que está no âmbito de seu conceito, ou seja, ações de saúde no nível individual e coletivo que abranjam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ao ocupar o lugar central na organização das redes de atenção, a APS pode melhorar o estado de saúde da população, diminuir os custos e aumentar a satisfação dos usuários (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Dessa forma, quando a APS tem um papel de destaque na prática das RAS, dá-se uma produção de serviços em saúde mais eficaz, com a qualificação e continuidade do cuidado. Além disso, há um aprimoramento da gestão do sistema de saúde com a racionalização e melhor aproveitamento dos recursos assistenciais disponíveis, o que contribui para o fortalecimento do SUS.

3.1.2 Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora

O município de Juiz de Fora está localizado no interior do Estado de Minas Gerais. Pertencente à mesorregião da Zona da Mata e microrregião de mesmo nome, a população estimada no ano de 2014, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 550.710 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, p. 3).

A cidade possui Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2002 e é Polo Assistencial da Macrorregião Sudeste (Plano Diretor de Regionalização/MG), composta de oito microrregiões, abrangendo 94 municípios, além de compor o Polo Microrregional Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim, constituído por 25 municípios e ser referência em procedimentos de média e alta complexidade para cerca de 160 municípios.

A rede de APS do município está organizada por meio das Unidades de Atendimento Primário à Saúde (UAPS). São 63 UAPS que estão distribuídas nas sete regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. Ao todo são 112 equipes de saúde, sendo 89 equipes da ESF, 22 equipes tradicionais, uma equipe mista e uma equipe com PACS (Anexo A).

A ESF foi implantada no município em 1995 e apresentou um crescimento significativo nos últimos anos, mas, para consolidação da ESF na cidade, há de se estabelecer um processo sólido de substituição gradativa dos serviços tradicionais da rede básica (JUIZ DE FORA, 2014).

A cobertura dos serviços da APS em Juiz de Fora corresponde a aproximadamente 81% (ESF e Tradicional), estando cerca de 19% da população em área descoberta. Com relação à ESF, esta corresponde a 51%, estando 49% da população em área descoberta por ações e serviços dessa estratégia (JUIZ DE FORA, 2014).

Para assessorar as Secretarias Municipais de Saúde no fortalecimento da APS e na construção das redes de atenção à saúde, a Secretaria Estadual de Saúde propôs o Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde (PDAPS) tido como um conjunto onde profissionais, gestores e cidadãos se empenhariam para o revigoramento da APS por meio de ações como planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações que buscariam resultados sólidos na melhoria dos

indicadores de saúde, na qualidade da assistência e sua resolubilidade. O PDAPS teve como objetivo primordial a redução das internações por condições sensíveis a atenção primária no estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008).

Em 2014, a Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, seguindo o que foi proposto pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais lançou documento com o projeto de implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) com o objetivo de normalizar a APS em Juiz de Fora por meio da implantação dos instrumentos de gestão do cuidado nas UAPS. Dessa forma, a situação da APS vem sendo repensada para superar o modelo até então vigente, pautado no atendimento às condições agudas, o que eleva os custos de saúde, aumenta as internações por condições sensíveis à AP e reduz assim a resolubilidade e gera uma percepção negativa dos serviços prestados à população (JUIZ DE FORA, 2014).

Para o enfrentamento da atual realidade da APS no município, que prioriza o atendimento das condições agudas e a agudização das condições crônicas, são necessárias ações de promoção da saúde, organização dos serviços para que possam atender de forma satisfatória as condições crônicas, ações de vigilância à saúde, prevenção e acompanhamento longitudinal dos usuários (JUIZ DE FORA, 2014).

Nesse sentido, o PDAPS (JUIZ DE FORA, 2014) elenca os instrumentos a serem normalizados no município, a saber: território; diagnóstico local e municipal; regulação do acesso às consultas de especialidade médicas; processos básicos de enfermagem; conduta de manejo das condições agudas; classificação de risco; conduta de manejo da condição crônica (programação local e municipal, prontuário de saúde da família) e monitoramento e contrato de gestão (pagamento pecuniário a título de prêmio de produtividade).

Dessa forma, o PDAPS (JUIZ DE FORA, 2014) vem para repensar a APS em Juiz de Fora, reconhecendo seus problemas que passam pela compreensão equivocada de que a AP é menos complexa do que os outros níveis de atenção, pela fragmentação do sistema de saúde que dificulta o papel coordenador da APS, pela valorização das condições agudas em detrimento das condições crônicas, pela inexistência da gestão do cuidado, pela precariedade da estrutura física de algumas unidades e pela fragilidade dos vínculos empregatícios com alto percentual de *turnover*.

A implantação do PDAPS se deu por meio de oficinas e reuniões com as equipes das UAPS por intermédio de agentes multiplicadores e dos supervisores das unidades. As intervenções das oficinas abarcaram ações relacionadas ao diagnóstico local da atenção primária à saúde; organização dos processos de trabalho; implantação do prontuário familiar; implantação do sistema de regulação do acesso às especialidades médicas e implantação da gestão da clínica. As oficinas foram realizadas com o intuito de alinhar os conceitos e o desenvolvimento de habilidades para a construção dos instrumentos, sendo dirigidas aos supervisores e facilitadores que foram multiplicadores nas oficinas locais para capacitar os profissionais das unidades. Esses multiplicadores foram responsáveis pela realização das oficinas locais em momentos apropriados ou durante o próprio processo de trabalho. Foram utilizados textos de apoio e guias específicos para cada momento/oficina.

Cada oficina contou com um período de dispersão onde os facilitadores, supervisores e os trabalhadores deveriam cumprir tarefas específicas de cada etapa que seriam apresentadas no primeiro dia da oficina seguinte. Realizado esse processo, cada UAPS apresentou ao Conselho Local de Saúde o instrumento de gestão da APS desenvolvido (JUIZ DE FORA, 2014).

A execução do PDAPS se deu em quatro momentos (JUIZ DE FORA, 2014):

- 1º Momento – Macroprocesso básico: Territorialização; Cadastro e estratificação da família; Processos básicos – curativo, esterilização, vacinação; Manual de Regulação do acesso às Consultas de Especialidades Médicas.
- 2º Momento – Macroprocesso para atenção à condição crônica: Implantação da Programação Local/Linha de Cuidado; Implantação da Agenda programada; definição de critérios e parâmetros para realização de grupos educativos e operativos; Prontuário da Família.
- 3º Momento – Macroprocesso para organização da agenda espontânea: organização da agenda para episódios agudos; Classificação de Risco e 1º atendimento à urgência/emergência.
- 4º Momento – Finalização do Plano Diretor da APS e Apresentação do Contrato de Gestão/Normalização para o repasse de valor pecuniário a título de cumprimento de metas predefinidas nos instrumentos de planejamento e gestão da Secretaria de Saúde.

O PDAPS-JF seguindo o que foi preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, constituiu então um projeto da Secretaria de Saúde para organizar a ESF do município com vistas à melhoria dos processos de trabalho da APS. Procurou superar os problemas enfrentados pela APS do município como o foco do atendimento às condições agudas em detrimento das condições crônicas que representam 2/3 da carga de doença do município (JUIZ DE FORA, 2014).

Além disso, observou ações como o fortalecimento gerencial das unidades através da criação dos cargos gratificados da função gerencial, a melhoria da infraestrutura por meio de reformas e convênios para construção de novas unidades e a melhoria nas relações de trabalho.

3.2 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)

O termo *Condições Sensíveis à Atenção Primária* surgiu no final da década de 80, nos Estados Unidos, criado por John Billins, como corolário do conceito de mortes evitáveis e buscou avaliar a camada da população que não tinha acesso à atenção ambulatorial (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Após sua utilização na Espanha, país com sistema de saúde universal, territorializado e hierarquizado, centrado na APS, teve seu uso instituído como indicador de efetividade nesse nível de atenção (NEDEL et al., 2010).

As Condições Sensíveis à Atenção Primária constituem um conjunto de problemas de saúde para os quais uma abordagem efetiva do primeiro nível de atenção através de ações típicas como prevenção, diagnóstico e tratamento atenuaria o risco de hospitalizações desnecessárias. Entre esses problemas de saúde, encontram-se patologias agudas como pneumonias e crônicas como diabetes e hipertensão (DOURADO; BERENICE, 2008; NEDEL et al., 2010; STARFIELD, 2002).

Quando a AP não garante atendimento oportuno e eficaz a esses problemas de saúde, cria uma demanda que vai sobrecarregar os níveis de média e alta complexidade, gerando custos e deslocamentos desnecessários, podendo causar as chamadas *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária* (ICSAP) (NEDEL et al., 2010).

O indicador ICSAP pode sofrer influência de variáveis como as relativas a características individuais e à organização do sistema de saúde, mas, quando utilizado de forma cautelosa, pode auxiliar no incremento da capacidade de resolução da AP, destacando as áreas prioritárias de intervenção e evidenciando agravos que necessitam de seguimento mais adequado e coordenação entre os níveis de atenção.

No Brasil, apenas em 2008, foi possível notar mais publicações relacionadas ao assunto (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012). Nesse mesmo ano, foi publicada, na Portaria do Ministério da Saúde nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008), a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Nesta, os grupos de CSAP são listados de acordo com as causas de internação e diagnósticos, tendo como referência a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Anexo A).

A mesma portaria que estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária define que esta lista pode ser usada “como instrumento de avaliação da AP e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal” (BRASIL, 2008, p. 70). Alfradique et al. (2009) pontuam que a utilização de indicadores como as ICSAP faz parte de uma estratégia para aperfeiçoar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde por autoridades nas esferas nacional, estadual e municipal e que altas taxas de internação por estas condições em uma população, ou subgrupos desta, podem advir de problemas neste nível de atenção. Entre os anos de 1999 e 2007, as ICSAP constituíram 30% das hospitalizações ocorridas no Brasil (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2012).

Assim, avaliar as internações por ICSAP, com o devido cuidado, pode proporcionar uma visão da qualidade dos serviços que são ofertados pela APS e abordar de maneira eficiente as CSAP promove uma melhoria desse indicador.

3.2.1 A Lista Brasileira das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

O termo *Atenção Primária à Saúde* foi utilizado na elaboração da primeira Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em detrimento do termo *Atenção Básica*, mais utilizado nas políticas de saúde do Brasil, devido a sua correspondência com o termo *primary health care*, internacionalmente conhecido (ALFRADIQUE et al., 2009).

O MS realizou várias consultas a especialistas para organizar a primeira Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Alfradique et al. (2009) descrevem os passos seguidos até a elaboração da versão final, a saber: (1) realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da lista (*face validity*); (2) consolidação e revisão da lista elaborada nessa oficina; (3) consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e (4) consulta pública.

Para elaboração dessa lista, Alfradique et al. (2009) relacionam ainda alguns critérios utilizados para guiar a inclusão ou exclusão de diagnósticos: (1) existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; (2) ser uma condição de fácil diagnóstico; (3) ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); (4) ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; (5) haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros.

Ao observar esses critérios, podemos inferir que uma causa é sensível à APS quando esta pode atuar no manejo de tal condição por meio da prevenção, do diagnóstico precoce, do tratamento, além de ser capaz de oferecer o controle com o cuidado contínuo. Ademais, a condição deve ser facilmente diagnosticada com as tecnologias disponíveis e ser um problema de saúde que gere impactos importantes caso não seja manejado adequadamente.

Após os procedimentos de consolidação pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, consulta à SBMFC e consulta pública à Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, foi publicada através da

Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008). Nessa lista, as Condições Sensíveis à Atenção Primária estão organizadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a CID-10.

A Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008) estabelece ainda que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária pode ser utilizada como instrumento de avaliação da AP e/ou da atenção hospitalar, sendo possível sua aplicação para avaliar o desempenho do Sistema de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

3.2.2 As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Juiz de Fora

De acordo com dados do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (JUIZ DE FORA, 2013), no ano de 2013, o município de Juiz de Fora registrou 11,34% de internações devido às CSAP. O mesmo relatório aponta que as ICSAP mais frequentes são as relacionadas às condições crônicas. Destacam-se as internações em decorrência de doenças do aparelho circulatório (24,2%), neoplasias (15,9%), doenças do aparelho respiratório (14,6 %) e causas externas (8,6 %). O município pactuou a meta de redução dessa porcentagem de ICSAP para 9,34% para no ano de 2015.

A hipertensão arterial como condição crônica prevalente na população do município vem colaborar para o aumento do percentual de internação por doenças do aparelho circulatório. Por conseguinte, o PDAPS-JF levanta algumas situações que contribuem para o controle ineficiente da doença como a presença de área descoberta, especialmente onde não há ESF, o que favorece a ausência de busca ativa e consequente não identificação dos hipertensos ou pessoas com exposição aos fatores de risco para doença. Além disso, a não utilização sistemática das linhas-guias de cuidado também é apontada como fator que reduz o desempenho das equipes no manejo da hipertensão.

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Inicialmente, recorre-se a um estudo realizado por Miccas e Batista (2014) com o objetivo de realizar metassíntese da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à EP que apontou três concepções referentes à EP: uma que compreende a EP como prática problematizadora e transformadora da realidade, outra ligada à Educação Continuada (EC) e uma que se refere à educação ao longo da vida.

O conceito de educação ao longo da vida começou a ser discutido na década de 70, na Conferência Geral da Unesco, que levantou a questão de que o homem se educa ao longo de sua vida observando seu aprimoramento pessoal e profissional e o desenvolvimento de suas capacidades e da relação com o outro (DELORS et al., 2010). Desta forma, discute-se, principalmente nessa concepção, a busca contínua pelo aprimoramento pessoal e profissional e das relações interpessoais (MICCAS; BATISTA, 2014). A EPS pensada dessa maneira valoriza o desenvolvimento do sujeito, bem como de sua relação com o outro, mas não dá relevância à realidade em que está inserido e às situações que emergem da mesma.

A educação continuada traz a ideia da continuidade do modelo escolar tradicional com foco na atualização de conhecimentos utilizando técnicas de transmissão. Normalmente constitui uma prática descontínua desenvolvida em formato de cursos e capacitações periódicas, sendo centrada nas categorias profissionais praticamente desconsiderando a noção de equipe (BRASIL, 2009). Entendida assim, a EC diz respeito a ações de caráter pontual com o intuito de reciclar o conhecimento dos indivíduos sobre novas práticas e procedimentos que surgem ao longo do tempo, buscando melhorar seu desempenho dentro da instituição.

A EPS como prática problematizadora parte do cotidiano, da realidade do trabalho. Franco e Koifman (2009) ressaltam a importância das mudanças que surgem do pensar das práticas advindas da realidade vivenciada pelos trabalhadores dizendo que:

A realidade instiga a elaboração de propostas de transformação da mesma. Estas propostas refletem a aplicação das ações de competência dos profissionais da área da saúde, com vistas à reorganização dos serviços e melhoria da qualidade da assistência prestada à população (FRANCO; KOIFMAN, 2009, p. 6).

Assim, a EPS pode ser compreendida como a aprendizagem que surge do cotidiano do trabalho em que as práticas realizadas no dia a dia levam à reflexão acerca das ações, o que poderá gerar um novo modo de agir e fazer, que resultará em melhorias no modo de produção do trabalho e assistência.

Nesse sentido, Farah (2003) afirma que “a educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades” (FARAH, 2003, p. 125). Assim, além de partir da realidade vivenciada pelos sujeitos em seu local de trabalho, a EPS pressupõe a valorização do conhecimento coletivo e o conhecimento efetivo do território onde o trabalho é realizado.

Em vista disso, na perspectiva apresentada, toma-se aqui a EP como transformadora da realidade a partir da problematização das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, discute-se a seguir brevemente esse enfoque educativo.

A abordagem educativa passou por muitas transformações nos últimos anos, sendo acompanhada de uma análise crítica das tendências clássicas e também da inclusão de contribuições da sociologia das organizações, da análise institucional e do ponto vista da educação de adultos, especialmente no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

Uma corrente de pensamento com origem nas concepções da EP, desenvolvida a partir da década de 70, reconhece o adulto como sujeito da educação, antes focada na figura da criança, e difunde os ambientes de aprendizagem para além da sala de aula, reforçando seu desenvolvimento ao longo da vida, na comunidade e no trabalho (BRASIL, 2009).

A partir da década de 70, a OPAS abriu os debates em torno da formação das equipes de saúde, levantando questões relacionadas à construção de um novo modelo de formação com vista à mudança das práticas de saúde, já que se percebia uma formação inadequada das equipes de saúde diante da realidade dos serviços (LOPES et al., 2007).

O conceito de EP no setor saúde desenvolveu-se gradualmente nos países da América Latina. Este conceito difundido pela OPAS, “segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, reconhecia que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano” (CECCIM 2005, p. 161). Tal definição agregou novos significados e, hoje, é utilizada no Brasil como estratégia na Política de Educação Permanente em Saúde (LOPES et al., 2007).

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Essa política define que “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004b, p. 9).

Corroborando essa ideia, L. A. A. Silva et al. (2010) salientam que é intrínseca à EPS a ideia do ensinar-aprender no dia a dia do trabalho, vinculando-se a um aprendizado significativo que possa propiciar aos sujeitos envolvidos no processo sua emancipação, seja ela pessoal, institucional ou da consciência coletiva.

Paulo Freire (1997) destaca que, estando o homem inserido no mundo, sendo ambos dependentes da existência do outro, a reflexão – ação só pode existir quando se relaciona o homem à sua realidade. E é essa relação do homem com a realidade, do homem com o mundo que implica sua transformação. Afirma-se assim, mais uma vez, a importância do desenrolar do processo educativo a partir da realidade experimentada pelos sujeitos.

A EP constitui uma mudança significativa nas práticas de capacitação dos trabalhadores na medida em que integra o processo ensino-aprendizagem ao cotidiano dos serviços, contextualizando as práticas desenvolvidas e problematizando as experiências vividas, o que a torna fonte de conhecimento. Além disso, desperta no sujeito a reflexão sobre sua prática, a fim de buscar a solução dos problemas no contexto da organização e do trabalho em equipe (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode estar à frente das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de mudança das práticas de saúde. Sendo o desconforto diante das situações vividas no cotidiano do trabalho e a percepção de que o modo de pensar e agir naquele momento são insuficientes para enfrentar os desafios que surgem no trabalho. A partir da vivência intensa desse desconforto e da reflexão sobre as práticas é que se podem produzir

opções de práticas e opiniões para enfrentar a provocação das transformações (CECCIM, 2005).

Dessa forma, ao colocar em prática os processos de EP em Saúde, deve-se considerar uma estratégia que abarque o desenvolvimento de processos de mudança, especialmente nos serviços de saúde. As estratégias de EP possibilitam que, ao mesmo tempo, alcance-se o desenvolvimento tanto dos recursos humanos quanto do serviço. Nesse sentido, quando ocorre a melhoria das capacidades do serviço e dos profissionais, dá-se também um aprimoramento na qualidade da atenção (PALHARES GUIMARAES; HAUEISEN MARTIN; PAOLINELLI RABELO, 2010).

No contexto da APS, a PNAB pontua que a EP é essencial para qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. De acordo com essa política, a EP deve contemplar um processo que englobe tanto a aquisição de conhecimentos e habilidades como o aprendizado que surge dos problemas enfrentados no processo de trabalho. Além disso, destaca que o processo de EP deve ser ascendente, ou seja, partir da análise dos processos de trabalho, identificando as situações/problemas e possibilitando assim a elaboração de estratégias que promovam o diálogo entre as políticas gerais e os sujeitos dentro de seu contexto (BRASIL, 2012).

A AB desempenha um papel importante no SUS no alcance da integralidade da atenção por meio das demandas sociais pelo vínculo que estabelece com a população. Sabe-se que a atenção integral e de qualidade, a resolubilidade e o fortalecimento da autonomia das pessoas devem ser alvos das ações da APS, articulando-se com a rede de serviços. Nesse sentido, a educação em serviço é uma proposta interessante para desenvolver essa maneira de agir no sistema, pois permite a articulação da gestão, da atenção, do ensino e do controle social no enfrentamento das dificuldades reais de cada equipe de saúde em seu território de abrangência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EPS insere-se no contexto de atualização de práticas cotidianas devido ao constante avanço tecnológico que vive o setor da saúde ao mesmo tempo em que está inserida em uma realidade cuja construção de relações e processos se faz cada vez mais necessária, seja dentro das equipes, seja nas práticas organizacionais e nas práticas intersetoriais (CECCIM, 2005).

A EPS apoia-se no pensamento crítico-reflexivo a respeito das práticas assistências e das práticas de gestão. Capacitações tradicionais podem e devem ser

realizadas, há momentos em que a educação aplicada ao trabalho se faz necessária, mas é de grande importância que se desenvolva a educação que reflete sobre o trabalho, que pode criar condições para atuar no seu modo de produção (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim e Ferla (2008) ressaltam que:

O desenvolvimento de uma escuta pedagógica no ambiente de trabalho da saúde buscaria captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva, introduziria dispositivos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde e mobilizaria um ensino-aprendizagem da realidade que fosse produtor de sentidos e de capacidades críticas (CECCIM; FERLA, 2008, p. 11).

Assim, para que o processo de EP seja de fato vivenciado pelas equipes de saúde, é necessário que os profissionais estejam abertos e dispostos a desenvolvê-lo a criá-lo juntamente com o coletivo ao seu redor. Sendo eles, trabalhadores, o centro desse processo, com grande capacidade para sofrer e provocar mudanças em seu ambiente de trabalho, na realidade em que estão inseridos e, dessa forma, gerar importantes espaços de discussão, de construção coletiva e conseqüentemente de produção da saúde.

A EPS vista nessa perspectiva transformadora vai de encontro às práticas educacionais que visam à reprodução, uma vez que não busca reforçar conteúdos mas romper com padrões socialmente instituídos (SILVA, L. A. A. et al., 2010).

Por conseguinte, a EP na área da saúde, incluindo a enfermagem, almeja não apenas atualizar técnicas, mas também criar oportunidades para que os sujeitos busquem sua emancipação, cidadania e a descoberta de sua multidimensionalidade (SILVA, L. A. A. et al., 2010).

A partir dessas considerações e compreendendo a complexidade do trabalho em enfermagem, uma vez que nele estão envolvidas ações gerenciais, assistenciais e educativas, reforça-se a necessidade de EP para (e por) profissionais de enfermagem.

Além da dimensão complexa do trabalho, a enfermagem sofre influência de vários fatores presentes em seu cotidiano, como a sobrecarga emocional e física, horários de trabalho não convencionais, falta de recursos humanos, longas jornadas

de trabalho, somando-se muitas vezes à falta de motivação. Portanto se faz necessário que ações educativas se tornem realidade em seu ambiente de trabalho (SARDINHA-PEIXOTO et al., 2013).

A EP vem alcançando resultados positivos para os profissionais que estão em atividade, mas ainda são incipientes, o que reafirma a necessidade do fortalecimento de mecanismos de inclusão no cotidiano do trabalho de enfermagem, pois, a partir da prática, do agir real em seu contexto de trabalho, é que a competência do enfermeiro é desenvolvida (LESSMANN, 2012; SALUM; PRADO, 2014).

Tendo em vista esses aspectos e as transformações ocorridas no mundo do trabalho, bem como a crescente demanda por melhorias na atenção à saúde e as críticas ao modelo tradicional de ensino, torna-se necessário pensar novos modelos de formação para o pessoal de enfermagem e de desenvolver a EP (PALHARES GUIMARAES; HAUEISEN MARTIN; PAOLINELLI RABELO, 2010).

A EP vem como uma ferramenta de transformação da realidade do trabalho, impulsionando a melhoria na qualidade da atenção, uma vez que parte dessa realidade e das vivências e experiências dos atores reais e das necessidades da população que estes assistem.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para atender às questões propostas neste estudo, foi realizada uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa que empregou como referencial teórico a hermenêutica dialética.

Minayo (2010) destaca que o método qualitativo trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões e se preocupa em conseguir um entendimento mais profundo e subjetivo do objeto de pesquisa. A pesquisa qualitativa procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e a maneira como elas os descrevem (MINAYO, 2010).

A hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que acontece na comunicação entre os seres humanos, sendo centrada na linguagem (GADAMER, 1999). É considerada a arte ou método interpretativo que procura compreender um determinado texto, sendo esse considerado por Minayo (2010) em seu sentido amplo, englobando artigos, entrevistas, documentos, discursos, entre outros. Para tal compreensão, busca investigar os diferentes elementos que compõem o processo hermenêutico como o autor, o leitor e o próprio texto. Minayo (2010) ressalta que compreender é considerar a possibilidade da interpretação, do estabelecimento de relações e da extração de conclusões.

A dialética é compreendida como a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Busca os núcleos obscuros contidos na linguagem, nos fatos, nos símbolos e na cultura com o intuito de realizar uma crítica sobre eles. Na perspectiva metodológica, a dialética deve proporcionar instrumentos para a crítica e apreensão das contradições da linguagem, compreendendo que a análise dos significados deve debruçar-se sobre as práticas sociais. Além disso, deve valorizar os processos e as dinâmicas das contradições, no interior das quais a oposição entre o pesquisador e seus interlocutores se coloca, destacando o condicionamento histórico das falas, relações e ações (MINAYO, 2010).

A dialética materialista histórica se volta para a essência, na realidade, no conceito, na teoria e na ciência e com esses elementos elabora a análise sempre na tentativa de aproximação dos fenômenos estudados (PERNA; CHAVES, 2008).

O referencial materialista dialético implica, para seu entendimento, uma tomada da realidade objetiva, considerando as transformações históricas socialmente determinadas. Estas transformações acontecem pela explicitação e superação das contradições que emergem (QUEIROZ; EGRY, 1988).

A enfermagem, do ponto de vista do materialismo histórico e dialético, sofre “transformações no tempo e no espaço”, não se caracteriza apenas como simples objeto das transformações sociais, mas também como sujeito dessas transformações (QUEIROZ; EGRY, 1988).

O uso da hermenêutica e da dialética nos estudos qualitativos em saúde torna-se um interessante caminho na medida em que a hermenêutica destaca o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, e a dialética se remete ao contraste, à diferença, ao dissenso, à ruptura de sentido e, portanto, à crítica (MINAYO, 2010).

Apoiada no referencial de Gadamer, Minayo (2010) pontua que a hermenêutica procura compreender o sentido que existe na comunicação entre os seres humanos. Fundamenta-se na compreensão de textos escritos e tudo o que há no processo interpretativo. A Dialética, de acordo com Konder (2008), é a maneira como se reflete a realidade, como é entendida, essencialmente contraditória e em permanente transformação. Nesse sentido, Minayo (2010) ressalta que a articulação entre a hermenêutica e a dialética constitui um importante caminho para fundamentar a pesquisa qualitativa, precedendo e iluminando os trabalhos científicos de compreensão da comunicação.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na rede de AP do município de Juiz de Fora em UAPS com ESF e sem ESF conveniadas com a UFJF. O município possui ao todo 113 equipes de saúde na APS, sendo 89 da ESF, 22 equipes tradicionais, uma equipe mista e outra com PACS (Anexo B).

A APS em Juiz de Fora tem cobertura de aproximadamente 81%, com cerca de 19% da população em área descoberta. A cobertura da ESF corresponde a 51%, estando 49% da população em área descoberta por ações e serviços dessa estratégia.

O projeto de pesquisa foi apresentado à coordenadora de AP do município e ao subsecretário de AP, os quais concederam a autorização para sua realização.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos participantes foram: atuar em uma das UAPS do município, não estar de férias ou licença no período da coleta de dados e aceitar formalmente participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Como critérios de exclusão: enfermeiros que estavam de férias ou licença no período da coleta de dados ou que se recusaram a participar da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um levantamento no *site* da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora das unidades de AP do município, seus respectivos endereços e telefones. De posse dessa lista, foi possível consultar no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) os enfermeiros de cada unidade.

Cruzando as informações dessas listas com os dados da relação de unidades conveniadas com a UFJF, foi possível chegar a uma nova lista com 25 enfermeiros. Foi realizado contato inicial por telefone para explicar os objetivos da pesquisa e fazer o convite para participação. Mas, percebendo não ser a maneira mais adequada, o contato passou a ser realizado pessoalmente por meio de visita às unidades. Dos 25 enfermeiros contatados, 14 participaram da entrevista, os demais se enquadraram nos critérios de exclusão. Dos 14 participantes, um fez parte do teste piloto.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 14 enfermeiros que participaram da pesquisa dez atuam em UAPS com ESF e três em UAPS sem ESF e pertenciam a 11 UAPS diferentes. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos profissionais.

Quadro 2 – Caracterização dos Enfermeiros

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Tempo de graduado (anos)	Tempo de atuação na APS (anos)	Titulação
E1	M	38	5	1	Graduação em Enfermagem
E2	F	40	14	12	Especialização em Saúde da Família
E3	F	34	9	3	Especialização em UTI
E4	M	39	14	14	Especialização em Saúde da Família
E5	F	31	8	3	Especialização em UTI, Mestrado Acadêmico em Enfermagem
E6	F	33	8	8	Residência em Saúde da Família
E7	F	34	7	5	Especialização em Urgência e Emergência e Cardiologia
E8	F	56	25	12	Especialização em UTI, Saúde do Trabalhador e Saúde da Família
E9	F	28	2	1	Graduação em Enfermagem
E10	F	59	34	16	Especialização em Saúde da Família, Residência Reabilitação/Ortopedia
E11	F	53	31	10	Especialização em Obstetrícia e Saúde da Família
E12	F	53	31	19	Especialização em Saúde da família
E13	F	52	29	24	Especialização em Saúde da Família e Comunidade
E14	F	33	10	9	Especialização em Saúde da Família/MBA em Auditoria Acreditação e Gestão da Saúde/Mestrado em Saúde Coletiva

Fonte: a autora

Legenda: F: feminino; M: masculino; UTI: unidade de terapia intensiva

Podemos observar que o sexo feminino é predominante entre os participantes, são 12 enfermeiras e dois enfermeiros, conforme observado de maneira geral na profissão. Com relação à idade, seis profissionais estão na faixa etária entre 26-35 anos; três na faixa etária de 36-45; três na faixa etária de 46-55 anos e dois na faixa etária de 56-65 anos de idade. Sobre o tempo de graduado, este é bem variável e vai de dois a 34 anos de formação, sendo que a maioria, oito profissionais, possui dez ou mais anos de formação. Com relação ao tempo de atuação na APS, quatro profissionais têm menos de cinco anos de atuação, quatro têm entre cinco e dez anos, cinco entre 11 e 20 anos e um profissional tem mais de 21 anos de atuação.

No que diz respeito à titulação, 12 dos 14 enfermeiros possuem pós-graduação, compreendendo aqui especialização *lato sensu*, *stricto sensu* e nos moldes de residência. Sendo que desses, metade possui mais de uma especialização. São oito enfermeiros com especialização em saúde da família, sendo sete em *lato sensu* e um nos moldes de residência. Dois possuem mestrado: um em Enfermagem e outro em Saúde Coletiva.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu do dia 12 de janeiro ao dia 11 de março de 2016. A captação dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice B). A entrevista, segundo Lakatos e Marconi (2010), constitui um importante instrumento de trabalho no campo da ciência, trata-se de um encontro entre dois sujeitos em que é possível obter por parte de um deles, através da conversação, informações a respeito de determinado assunto.

O roteiro foi inicialmente testado com um enfermeiro. Esse teste piloto foi importante para adequação das perguntas estabelecidas diante dos objetivos da pesquisa e para ajustes no conteúdo e disposição das questões. Essa entrevista não foi utilizada na análise dos dados e nos resultados.

As entrevistas foram previamente agendadas com os participantes de acordo com sua disponibilidade e realizadas individualmente nas UAPS em locais que proporcionaram privacidade para o desenvolvimento das mesmas. Os áudios foram gravados em formato MP3, utilizando-se um *smartphone*.

O roteiro de entrevista foi constituído por uma parte inicial com dados para caracterização dos participantes e por questões abertas que lhes possibilitaram discorrer sobre o objeto da presente pesquisa.

As entrevistas foram realizadas até alcançar a saturação em relação ao conteúdo expresso pelos sujeitos. Quando a convergência de significados foi identificada e os dados se tornaram repetitivos, a coleta foi finalizada.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Previamente ao início do trabalho de campo, o projeto foi enviado para análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) e foi cadastrado na Plataforma Brasil. Após a emissão de parecer favorável desse Comitê sob o número 1.237.172, em 15 de setembro de 2015 (Anexo C), os trabalhos foram iniciados.

Foi resguardado o anonimato dos participantes, bem como o ressarcimento por possíveis danos que poderiam ocorrer, apesar de os riscos provenientes da pesquisa serem considerados mínimos por se tratar do registro de uma conversa, situação semelhante a um acontecimento do dia a dia. A pesquisa respeitou a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013) do Conselho Nacional de Saúde do MS, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos. O TCLE foi aplicado em duas vias, uma para o participante e a outra para arquivo da pesquisadora.

As falas dos participantes foram tratadas de forma anônima e tanto as gravações quanto as transcrições ficarão armazenadas por um período de cinco anos com a pesquisadora e, após esse tempo, serão destruídas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os depoimentos, após serem transcritos, foram analisados seguindo a metodologia hermenêutico-dialética proposta por Minayo (2010). Essa técnica segue alguns passos, a saber: a) ordenação dos dados – por meio da transcrição dos depoimentos gravados, releitura do material e organização dos relatos; b) classificação dos dados – quando é feita uma leitura exaustiva e repetida dos depoimentos, leitura de cada corpo com recorte de unidade de registro e enxugamento de classificação por expressões mais importantes; c) análise final – feita de acordo com objetivos da pesquisa.

Dessa forma, adotaram-se os passos da proposta metodológica hermenêutico-dialética de Minayo (2010) descritos a seguir.

4.6.1 1ª Etapa – Organização dos dados

Os dados foram sistematizados com a transcrição das entrevistas na íntegra, com correções de português para melhorar o entendimento, mas sem prejudicar o sentido das falas. Foi então realizada nova leitura das falas e iniciada a organização dos relatos em núcleos de sentido. Nessa etapa, foi possível traçar um mapa horizontal sobre as primeiras descobertas do campo.

4.6.2 2ª Etapa – Classificação dos dados

A classificação dos dados foi realizada por meio da leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, sendo possível apreender as ideias principais com uma síntese geral de cada unidade de análise, relacionando-as aos núcleos de sentidos identificados, a saber: internações hospitalares mais frequentes na área de abrangência; caráter evitável das internações; assistência prestada aos usuários para que não necessitem de internação hospitalar; CSAP; necessidades de processos educativos mais demandados pela equipe e como esses processos são desenvolvidos e processos educativos como ferramenta para auxiliar na diminuição de ICSAP. A partir da identificação dos núcleos de sentido, fragmentos das falas foram selecionados, sendo recortados e colados de acordo com as categorias de análise correspondentes e organizadas em um quadro de análise conforme se apresenta resumidamente a seguir (Quadro 4):

Quadro 3 – Síntese das falas obtidas nas entrevistas

Núcleos de sentido	E1	E2	...	E14	Síntese Horizontal
Internações hospitalares mais frequentes na área de abrangência					
Caráter evitável das internações					
Assistência prestada aos usuários para que não necessitem de internação hospitalar					
Necessidades de processos educativos mais demandados pela equipe e como esses processos são desenvolvidos					
Processos educativos como uma ferramenta para auxiliar na diminuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)					
Síntese Vertical					

Fonte: Adaptado de T. O. SILVA (2008)

Após a construção do quadro e leitura, os dados foram tratados através de sínteses horizontal e vertical (Apêndice C). A primeira permitiu a leitura de cada categoria de todas as entrevistas, possibilitando realizar um resumo quanto às similaridades, às divergências, às complementaridades de cada núcleo de sentido, e a segunda possibilitou uma visão ampla de cada entrevista, das ideias de cada entrevistado sobre o objeto de estudo. Em seguida, procedeu-se a uma leitura transversal dos núcleos de sentido que, por meio do confronto das falas dos

participantes alinhadas à questão norteadora, aos objetivos da pesquisa e ao referencial teórico do estudo, possibilitaram chegar às seguintes categorias:

- 1ª) Assistência na Atenção Primária à Saúde e Internações Hospitalares
- 2ª) Educação: ferramenta para lidar com as Condições Sensíveis à Atenção Primária.

4.6.3 3ª Etapa – Análise final dos dados

Nesta última etapa, foi elaborado um relatório em que o material foi compreendido e interpretado de maneira crítica e reflexiva. Por conseguinte, a análise final propiciou a elaboração do relatório através da análise, compreensão e interpretação das entrevistas, buscando-se manter a coesão com o referencial teórico e a metodologia utilizada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, são apresentadas as categorias que surgiram da classificação de dados com os resultados e a discussão proveniente da análise das falas dos entrevistados. Para manter o anonimato dos participantes, eles foram identificados com a letra “E”, seguida pela numeração correspondente à ordem das entrevistas. Finaliza-se essa seção com a apresentação do Quadro 3 que traz informações sobre o que é oferecido pelo município aos enfermeiros da APS em termos de EP segundo relato dos próprios enfermeiros.

5.1 ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Essa categoria engloba os núcleos de sentido: internações hospitalares mais frequentes na área de abrangência; caráter evitável das internações; assistência prestada aos usuários para que não necessitem de internação hospitalar; CSAP.

A síntese horizontal permitiu chegar às similaridades e divergências desses núcleos. Dessa forma, ao falarem das CSAP, observa-se que os participantes citam condições como diabetes, hipertensão, saúde mental, tuberculose, gravidez na adolescência.

O que a gente mais vê está relacionado à hipertensão e diabetes mesmo. (E2)

Além de hipertensão e diabetes... Juiz de Fora está com um problema muito sério com relação à tuberculose, está com um alto índice, no mapa vermelho do Ministério da Saúde... (E4).

Além dessas doenças crônicas... há muito mesmo é essa questão da saúde mental... (E9)

Fora essas questões crônicas de diabetes e hipertensão... tem outras condições que a gente acompanha... uma população relativamente jovem com envolvimento com droga... Tuberculose está tendo, muito caso de tuberculose... gravidez na adolescência... (E10)

É possível notar que os participantes apenas citam os agravos/condições que consideram como sensíveis à atenção primária, sem falar da definição, ou conceito do que para eles seriam tais condições, não se aprofundam na noção que têm acerca do tema. Apenas um entrevistado cita, de maneira resumida, o entendimento que possui com relação às CSAP, como se pode observar na fala seguinte:

Dessas condições sensíveis, que teoricamente a gente pode resolver aqui na atenção primária, as mais frequentes mesmo são as relacionadas à hipertensão e diabetes. (E5)

Isso demonstra que, apesar de lidarem diariamente com as CSAP por meio de ações de prevenção de doenças, diagnósticos, tratamento das condições agudas, bem como com o controle e acompanhamento de condições crônicas, os entrevistados, quando convidados a falar sobre as CSAP, limitam-se a citar as condições mais frequentes em sua área de abrangência. Estudo realizado por Bento, Matumoto e Souza (2013), em um município de Minas Gerais, vem corroborar tal fato, apontando que as CSAP são pouco conhecidas pelos enfermeiros atuantes na APS desse município.

Assim, ao citarem condições que consideram como CSAP, apontam agravos que compõem a lista brasileira de CSAP, como diabetes, hipertensão e outras condições que não figuram na lista, como gravidez na adolescência e saúde mental. É frequente perceber a associação que os entrevistados fazem entre as CSAP e as condições crônicas. Isso talvez ocorra por serem as doenças crônicas responsáveis por grande demanda nas unidades de AP e também por ocasionarem, quando não há um acompanhamento efetivo, complicações que frequentemente geram internações. Entretanto, a lista brasileira contempla não apenas doenças crônicas, mas também algumas de acometimento agudo, como pneumonias e gastroenterites.

Outro aspecto relevante nas falas dos participantes é que citam as condições relacionadas à saúde mental como sensíveis à atenção primária. As

doenças mentais não figuram na lista de CSAP, pois, de acordo com Alfradique et al. (2009), o complexo processo da reforma psiquiátrica no Brasil, a heterogênea inserção dos serviços de atenção psiquiátrica e a incipiência das ações da ESF na área de saúde mental não provocariam impacto na redução das hospitalizações por causas psiquiátricas.

Sabe-se que a saúde mental é alvo de políticas de saúde e especificamente na Atenção Primária o Ministério da Saúde tem estimulado ações que valorizem a dimensão subjetiva dos usuários bem como problemas mais graves relacionados a esse campo. A ESF tem papel importante nesse processo, no atendimento a pessoas com transtornos mentais e também suas famílias através do trabalho organizado segundo a lógica da AP e de ações que favoreçam a inclusão desses usuários no território a que pertencem (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Nesse sentido, munir as equipes de saúde da família com os instrumentos necessários para que possam oportunizar ações de saúde mental constitui um grande desafio para os gestores de saúde pois é necessário trabalhar com a formação das equipes abrindo espaços de discussões referentes a esse tema para que os profissionais possam se sentir mais à vontade ao atuar nessa área. Também é necessário que se tenha claramente definidos fluxos de referências que sejam resolutivas, além de oportunizar um suporte especializado aos profissionais e organizar um apoio multidisciplinar (MUNARI et al, 2008).

Esse último aspecto é levantado pelos participantes, muitos falam da dificuldade em manejar casos relacionados à saúde mental, bem como de direcionar esses pacientes na rede de atenção. Trata-se de uma área muito importante, que merece atenção dos gestores no sentido de analisarem as demandas das equipes e oportunizarem processos de EP relacionados ao tema, que é recorrente nas falas dos participantes.

Nos depoimentos dos participantes sobre as internações mais frequentes em suas áreas de abrangência, encontram-se como causas mais rotineiras as relacionadas a acidente vascular cerebral (AVC), complicações de diabetes, saúde mental, criança com problema respiratório, parto, cirurgias, infarto, hipertensão complicada, câncer, pé diabético, gestante com infecção urinária ou outro agravo durante a gestação.

São os hipertensos, os diabéticos, os acamados, né [...] os mais jovens só em caso mesmo de gestação para ter o parto, ou alguma complicação como infecção urinária... frequentemente são mais os idosos mesmo, os acamados, as complicações. (E3)

A mais frequente internação é para parto... AVE também é motivo de internação... a gente tem casos de internação por má circulação, infarto. E também por questões mentais..., mas mais frequente mesmo é por causa de complicações de diabetes e hipertensão... (E7)

É, diabetes descompensado, hipertenso descompensado, é gestante, às vezes com infecção urinária ou algum agravo durante a gestação... (E11)

Complicação por diabetes é a mais frequente e as crianças com infecção respiratória, dependendo da época... (E12)

Podem-se observar nessas falas agravos citados pelos entrevistados como motivos que mais causam internação dos usuários de sua área de abrangência que figuram na *Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*. O AVC está no grupo 12, das doenças cerebrovasculares; as doenças respiratórias, nos grupos 6 e 7; as complicações da gestação, no grupo 19, das doenças relacionadas ao pré-natal e parto, e as complicações do diabetes, no extenso grupo 13, que engloba 25 diagnósticos do CID 10.

Diante disso, pode-se perceber que a maioria das condições assinaladas pelos entrevistados como motivos de internação em sua área de abrangência está relacionada às CSAP, o que, de maneira geral, vai ao encontro dos achados do estudo realizado no município de Juiz de Fora que analisou as causas mais frequentes de ICSAP nos períodos de 2002 a 2005 e 2006 a 2009. O estudo apontou que essas causas estão relacionadas à insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, angina pectoris, doenças pulmonares, infecções de trato urinário e gastroenterites (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013).

O estudo realizado por Rodrigues-Bastos et al. (2013) aponta ainda que os motivos mais frequentes de internações entre a população idosa estão relacionados a doenças e condições crônicas que, muitas vezes, ocorrem de maneira mais intensa nessa fase da vida. Pode-se identificar esse achado também nas seguintes falas:

[...] frequentemente são mais os idosos mesmo, os acamados, as complicações. (E3)

*Geralmente é idoso, hipertensão, diabetes quando está descontrolada [...]
(E13)*

Diante desse fato, é necessário um olhar atento das equipes de saúde com relação às CSAP que mais acometem os indivíduos nessa fase da vida. A equipe de enfermagem necessita aprimorar seu compromisso e envolvimento com a promoção da saúde da pessoa idosa. É necessário que se reconheça as situações de risco as quais estão expostas e os principais agravos que acometem as pessoas nesse ciclo de vida, salientando aí a importância do desenvolvimento de estratégias de combate as doenças crônicas não transmissíveis (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2013).

Ainda sobre esse aspecto, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI) traz como uma de suas diretrizes a “formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006, p. 144). A EP vem como uma ferramenta importante para qualificar o cuidado à pessoa idosa e, com isso, oportunizar atendimento eficaz às CSAP que acometem essa parcela da população e podem ocasionar internações desnecessárias.

Alguns estudos realizados mostram uma redução nas taxas gerais de internações por ICSAP no Brasil (ALFRADIQUE et al., 2009; BOING et al., 2012; REHEM; EGRY, 2011) e no Estado de Minas Gerais (RODRIGUES-BASTOS et al., 2014). Mas o mesmo estudo que revelou uma diminuição das internações por causas gerais e ICSAP no estado aponta que Juiz de Fora segue na direção contrária a esses resultados, observando um incremento das internações por CSAP (RODRIGUES-BASTOS et al., 2014).

Outro dado importante levantado pelo estudo de Rodrigues-Bastos et al. (2014) no estado de Minas Gerais, diz respeito ao aumento de quase 1% do número de óbitos registrados em decorrência de ICSAP, ou seja, óbitos em decorrência de agravos que não deveriam sequer ter resultado em internação.

Tudo isso merece atenção dos gestores de saúde do município quanto às ações e serviços de saúde que vêm sendo desenvolvidas/implantados em nível ambulatorial e principalmente da AP. Tal situação pode estar relacionada, de acordo

com Campos et al. (2008), com as dificuldades de colocar a APS em foco no município.

Sobre o caráter evitável das internações, os entrevistados apontam que aquelas ocasionadas por complicações de doenças crônicas poderiam ser evitadas, com o acompanhamento da equipe, com a realização do trabalho de forma apropriada pela atenção primária, priorizando as atividades educativas, com a orientação aos usuários, com a conscientização e atuação da população, destacando a importância da aderência do usuário.

Algum sim, principalmente as que são por causas de doenças que se consegue um bom controle, que tem medicamentos disponíveis, que tem o profissional capacitado para o atendimento, a unidade que acolhe, agora, grande parte depende também do paciente, da adesão ao tratamento... (E4)

Sem dúvida, poderiam ser evitadas se houvesse um acompanhamento mais de perto da equipe de saúde e até um envolvimento maior por parte de alguns pacientes mesmo em relação à doença deles ... (E5)

Alguns pacientes poderiam se a gente conseguisse, se o usuário tivesse a consciência da parte deles nesse processo, seria mais fácil... (E10)

Sim, com o controle adequado, o acompanhamento, a orientação aos usuários, né, a gente consegue sim um monitoramento melhor e estabilização do quadro e fazer a prevenção dos agravos realmente... (E14)

Nessas falas, os entrevistados demonstram o caráter evitável das internações, principalmente daquelas cujas causas estão relacionadas às CSAP, quando se tem uma APS resolutiva, que atende às demandas de saúde dos usuários. Apontam a necessidade da disponibilidade dos serviços, da capacitação profissional e do acolhimento, mas também atribuem ao próprio usuário a reponsabilidade pelo controle de seu agravo para que este não resulte em internação.

Nesse sentido, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) caracteriza a adesão como um fenômeno multidimensional resultante da interação de cinco fatores chamados de dimensões da adesão: o sistema de saúde; fatores sociais e econômicos; fatores relacionados à terapia; fatores relacionados à condição de

saúde e fatores relacionados ao paciente. Essas dimensões mostram que a adesão do paciente ao tratamento está relacionada ao controle dos agravos e consequente diminuição de internações por suas complicações.

Assim, Liberato et al. (2014) destacam que a adesão ao tratamento deve ser fortemente considerada pelos profissionais de saúde que têm como objetivo proporcionar aos usuários uma assistência de qualidade, baseada na integralidade e no conceito ampliado de saúde.

Ao descreverem a assistência prestada aos usuários da área de abrangência para que não necessitem de internação hospitalar, os entrevistados citam ações típicas da Atenção Primária e outras estratégias desenvolvidas por algumas equipes denominadas por elas “consultorias de saúde” que são narradas na fala a seguir.

A gente trabalha num modelo... de educação em saúde, ele foi idealizado e concretizado pela nossa equipe, a partir do modelo que o sistema atual de saúde exige que é trabalhar em ciclos de vida, nós montamos consultorias [...] e essas consultorias são rotatórias [...] a cada quatro meses mudam os participantes ,fazendo com que todos os profissionais da unidade participem [...] ela engloba ciclos de vida, a saber saúde da mulher em toda sua plenitude, saúde do idoso, saúde da criança e adolescente, e um grupo, uma consultoria que ela trabalha com vida saudável, considerando as pessoas que não tem nenhuma doença mas que querem manter a sua saúde, e algumas que tem e que podem amenizar esses agravos é com alguns hábitos saudáveis (E12).

Essas consultorias são colocadas como uma estratégia encontrada pelas equipes para trabalharem a promoção da saúde com a população baseando-se nas necessidades peculiares de cada ciclo de vida. O profissional responsável por determinada consultoria deve estudar os temas específicos e compartilhá-los com o restante da equipe para que possam ser trabalhados com o usuário. Dessa forma o conhecimento é atualizado e compartilhado culminando nas ações de promoção de saúde que serão desenvolvidas com a população.

Descritas dessa forma, as consultorias parecem um caminho interessante por onde se trabalha a noção de responsabilidade mútua entre os profissionais e de compartilhamento de saberes entre os membros da equipe. Esse processo que visa fornecer subsídios para os profissionais desenvolverem ações de promoção da saúde também pode funcionar como um mecanismo de educação permanente.

Com relação as ações típicas são citadas as consultas médica e de enfermagem, grupos, vacinação, atendimento por agendamento, demanda espontânea, a consulta especializada, consulta agendada segundo as linhas guias da atenção primária, estratificação de risco para agendamento das consultas, visita domiciliar aos acamados, consultorias de saúde baseadas nos ciclos de vida, programas de diabéticos, puericultura, gestante, acolhimento, entre outros.

Nós aqui realizamos o atendimento individual, tem a consulta com a médica e comigo, tudo certinho, o paciente já sai daqui e já marca o retorno, então tem um bom acompanhamento. A gente faz os grupos também. (E3)

O que a gente faz aqui são os grupos, consulta individual com um médico e com um enfermeiro, é o que a gente faz, é o que a gente trabalha e orientação, muita orientação de todos os profissionais... (E7)

O que nós oferecemos é geralmente consulta agendada, segundo as linhas guias da atenção primária à saúde... Reunião de grupo para orientações... (E8)

Observam-se as ações típicas da AP nessas falas, especialmente das unidades que têm implantada a ESF. Quando citam, por exemplo, a estratificação de risco (no caso da hipertensão arterial) e os *programas* para atendimento ao diabético, criança e gestante, apontam o atendimento a agravos que fazem parte de ações programáticas da AP.

Estudo realizado por Acioli et al. (2014) sobre as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros na AB do município do Rio de Janeiro apontou o desenvolvimento de ações como a consulta de enfermagem, visita domiciliar, atividades educativas, acolhimento e atividades administrativas. Foi dado destaque para a consulta de enfermagem, visita domiciliar e atividades educativas. Tais atividades foram verificadas no discurso dos enfermeiros participantes desta pesquisa acerca das atividades que desenvolvem no seu dia a dia de trabalho.

Todas essas ações citadas pelos enfermeiros estão descritas na PNAB como atribuições do cargo nas equipes de saúde e fazem parte do processo de trabalho na AP que, segundo essa política, tem como uma das características “desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-

comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2012, p. 41).

Ao falar de doenças e danos evitáveis, pode-se estender a reflexão para condições crônicas de saúde, que, segundo Mendes (2012), vão além de doenças crônicas propriamente ditas, incluindo também condições referidas ao longo da vida como a gestação, por exemplo, e doenças infecciosas de curso longo, como a tuberculose, além de deficiências, entre outras. Mendes (2012) refere ainda que as condições crônicas podem levar ao surgimento de novos sintomas e à perda da capacidade funcional.

Tendo em vista que essas condições são prevalentes no atual perfil epidemiológico, inclusive do município de Juiz de Fora, é imprescindível que tenham uma abordagem qualificada na APS para que não acarretem impactos negativos à saúde da população. Entre estes, podem-se citar a elevação da morbidade e mortalidade em decorrência de tais condições e o aumento do número de internações advindas de complicações das mesmas.

Nesse sentido, Mendes (2012) ressalta que as equipes de saúde na ESF devem atuar de maneira a atender às necessidades individuais e coletivas referentes aos fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida por meio de programas preventivos.

Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) salientam que os cuidados de enfermagem desenvolvidos com vistas à promoção da saúde fazem parte da AP e são essenciais para promoção da saúde de maneira geral nesse nível de atenção. Afirmam ainda que essa dimensão é inerente à prática do cuidado realizado pelo enfermeiro. Além disso, a promoção da saúde é estratégia não apenas para instigar mudanças relacionadas à saúde, mas também, através dessas mudanças, incitar transformações na sociedade que, juntamente com os princípios da AP, com o resgate de valores como o respeito, a ética e a solidariedade, estabelecem novas relações sociais pautadas por meio da valorização da interação humana.

A promoção da saúde constitui ação essencial a ser desenvolvida na AP, especialmente pelo enfermeiro, com o intuito de gerar mudanças efetivas no comportamento e estilo de vida dos usuários, que, movidos por essa ação, podem transformar seus hábitos na busca de melhores condições de saúde.

Além da promoção da saúde, pode-se notar que os enfermeiros de unidades de saúde que não possuem ESF relatam maior dificuldade no desenvolvimento de ações típicas desse nível de atenção.

Por ser uma unidade que não tem estratégia de saúde da família, fica mais complicado, mas a gente trabalha com atendimento por agendamento e atende à demanda espontânea também. Tem os especialistas atendendo, ginecologista e pediatra e também clínico geral. (E4)

Olha, a unidade aqui é tradicional, o que dificulta um pouco o atendimento e o acompanhamento desses pacientes. A população é muito grande e a gente faz o possível, né, para atender esse paciente de uma forma mais adequada, como a marcação de uma consulta periódica. (E5)

[...] eu atendo muito essa questão da demanda espontânea, do acolhimento [...] mas a assistência é predominantemente médica, na questão da consulta, do acompanhamento, dos exames laboratoriais, dos encaminhamentos para os especialistas. (E 14)

Nota-se que a assistência prestada pelas UAPS sem ESF é voltada para o modelo biomédico com foco no atendimento médico através da presença de especialistas nessas unidades. Outro fator que interfere na realização do cuidado com vistas à prevenção e promoção da saúde é a não existência dos agentes comunitários de saúde nessas unidades. Estes profissionais estabelecem um vínculo com a população e desta com a equipe de saúde, além de realizarem o cadastro das famílias, possibilitando a construção do diagnóstico situacional da área de abrangência.

Outro aspecto importante é que, na ESF, o trabalho em equipe é priorizado, gerando uma noção de compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado entre seus membros. Assim, todos participam, contribuindo para a prestação de serviços mais qualificados e eficazes (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Alguns estudos demonstraram uma relação entre a ampliação da cobertura da APS e expansão das equipes de saúde da família com a redução das internações por CSAP (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; DIAS-DA-COSTA et al., 2010; FERNANDES et al., 2009; VELOSO; ARAÚJO, 2009). No entanto, estudo realizado por Rodrigues-Bastos et al. (2014), com o objetivo de analisar taxas de permanência hospitalar e de proporção de óbitos por ICSAP em saúde, caracterizando-as segundo

cobertura pela ESF, não mostrou, de forma geral, correlação entre expansão da ESF e diminuição das internações por CSAP.

Essa relação parece ainda controversa, mas o que se pode pontuar é que o atendimento adequado às CSAP pela equipe de saúde, com destaque para o papel do enfermeiro, está ligado ao desenvolvimento das ações inerentes à profissão e principalmente à prevenção e à promoção da saúde voltadas para as necessidades reais dos usuários, da população da área de abrangência. Nesse sentido, a EP surge como ferramenta importante para o desenvolvimento dessas ações e para despertar nos profissionais que compõem as equipes de saúde uma reflexão sobre a realidade que vivenciam com relação às CSAP e as potencialidades e meios que possuem para lidar com elas.

5.2 EDUCAÇÃO: FERRAMENTA PARA LIDAR COM AS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Essa categoria abrange os núcleos de sentido: necessidades de processos educativos mais demandados pela equipe e verificação de como esses processos são desenvolvidos e processos educativos como ferramenta para auxiliar na diminuição de ICSAP.

Sobre os processos educativos mais demandados pela equipe e a maneira como esses processos são desenvolvidos, os entrevistados referem, conforme a síntese horizontal, que o processo educativo é importante, pois deixa o profissional mais seguro para atuar, mas ressaltam que necessitariam de mais tempo e pessoal para realizar um processo educativo eficiente. Reconhecem que toda a equipe demanda processos educativos diversos.

Eu acho que eles precisam muito no geral, todo mundo, até eu... a gente está sempre aprendendo... (E2)

O processo educativo ele nunca ruim, né, ele deixa a pessoa mais confiante, mais tranquila para o trabalho [...] (E9)

[...] a educação permanente ela é importante mesmo, ela deveria ser feita, as necessidades são reais [...] E12

Percebe-se pelas falas que os profissionais destacam o valor da aprendizagem permanente, reconhecendo que não há um detentor do saber que transmite seu conhecimento aos demais. Nota-se também que os entrevistados têm noções diferentes entre si do que seria a EP, apontam-na como atualizações, treinamentos, processos educativos. Outro aspecto importante é que os participantes referem que a EP deixa o profissional mais capacitado e seguro para realizar o trabalho.

Ratifica-se que esses profissionais valorizam os processos que os deixam mais capacitados para realizar procedimentos e técnicas. Isso remete à EC, que, segundo Davini (2009), é realizada na maioria das vezes seguindo o modelo escolar, com o objetivo de atualizar abordagens, transmitir novas informações ou tecnologias ou mesmo atualizar políticas.

Sobre como e quando oportunizam esses processos, os entrevistados citam a reunião de equipe, que é regulamentada pela Secretaria Municipal de Saúde, realizada todas as quintas-feiras como um momento que têm para discutir e trabalhar as necessidades da equipe. Além disso, utilizam os momentos oportunos para desenvolver a EP.

[...] toda quinta-feira, a gente reúne para fazer a reunião de equipe e aí a gente discute as questões que cada um coloca nessa reunião. A unidade fecha, aí fica mais fácil. Mas, sempre que é necessário, a gente esclarece algum ponto, alguma situação não necessariamente só nesse dia. (E3)

A gente tem a quinta-feira que liberaram para a gente ter um tempo, que a gente tem que fazer a reunião de equipe [...] (E10)

[...] na minha equipe, a gente tem uma reunião semanal, mas eu não consigo reunir com toda a equipe, às vezes o auxiliar, ou técnico está fora da reunião ou às vezes o médico está fora da reunião, então, assim, na medida do possível, esse momento de reunião que a gente tem feito. (E13)

Os entrevistados utilizam a reunião de equipe de quinta-feira como oportunidade para discutir algumas demandas trazidas pela equipe, mas esse momento é destinado, a princípio, às questões burocráticas, ao repasse de informações vindas da Secretaria Municipal de Saúde.

Sobre esse aspecto, Ciconet, Marques e Lima (2008) e Nicoletto et al. (2009) afirmam que muitos profissionais apontam as reuniões de equipe para o repasse de informações administrativas como espaços de realização de EPS.

Apesar de relatarem que esse não é o único momento em que realizam EP e que atendem às demandas da equipe à medida que vão surgindo, não há na agenda das equipes momento específico destinado à EPS. E isso se deve a diversos fatores apontados por eles, sendo a ausência de tempo, a falta de profissionais nas equipes e a demanda excessiva de trabalho os principais.

Eu acho que a gente precisaria de mais condições de tempo, de pessoas suficientes nas equipes para a gente poder realizar melhor esses processos educativos... (E5)

Agora a gente acaba muito é atropelado por muitas reuniões, por muitas coisas que a prefeitura passa que a gente tem que passar para eles, então a gente não tem um momento para fazer capacitação... (E7)

[...] atualmente nós não temos dado muito conta de fazer reciclagem por conta da demanda que está excessiva, muita coisa a gente trabalha o tempo todo. (E8)

[...] existe outras maneiras de se ter educação permanente que não seja fechar o posto e então diminuir um profissional que já é difícil ... pode ter pela internet, com a televisão que a gente sentava a equipe inteira e discutia e podia no momento mandar para lá as dúvidas que a gente tinha, eu acho que está precisando fazer isso... (E10)

O exposto pelos profissionais como fatores que dificultam a realização da EP está em consonância com o que afirmam Viana et al. (2015), quando apontam que a demanda de serviços, em sua maioria centrada em atendimentos curativos e no grande número de atribuições assumidas pelo enfermeiro, que englobam as de caráter assistencial e administrativo, interfere e compromete a realização da EPS.

Assim a grande demanda associada à sobrecarga de trabalho do enfermeiro culmina na falta de tempo para realização de processos educativos.

Entre as necessidades de EP mais citadas pelos entrevistados estão as atualizações de técnicas e calendário vacinal, os fluxos dentro do sistema para atender as necessidades dos pacientes, registro no prontuário, acolhimento, saúde da mulher, visita domiciliar, relação interpessoal e abordagem familiar.

[...] E de todos os assuntos mesmo, né, da questão de relacionamento, discutir essa questão de relacionamento em equipe e também com a população... (E3)

Com relação à técnica de enfermagem, a demanda às vezes é com relação aos procedimentos que a gente faz mais aqui, por exemplo, um curativo, às vezes uma técnica nova, uma cobertura nova. E tudo que a gente traz da secretaria eu busco passar para eles. Com relação aos médicos, é mais difícil, mas a pediatra sempre me pede a questão da atualização do calendário vacinal... (E4)

Então eu acho que tem que sentar com os técnicos, conversar, passar as mudanças, as atualizações... outra coisa que eu vejo necessidade é falar sobre o registro no prontuário, é muito importante e às vezes, eles não fazem... com os agentes, tem os relacionados com a vacinação... às vezes o que é importante estar abordando nas casas dos usuários... (E6)

É, educação permanente... na verdade, a gente vê uma necessidade quase que mensal, de tudo (E13)

A equipe de enfermagem, eu percebo uma necessidade de atualização mesmo, de questionamentos, né, relacionados à área. (E14)

É possível perceber que a demanda de EP vai além da atualização de técnicas e conteúdos (sendo esta necessária em determinados momentos). Ela passa também por questões como a necessidade de entendimento dos fluxos de atendimento na rede para que o usuário seja encaminhado de forma adequada, tendo suas necessidades supridas, e por questões de relacionamento interpessoal dentro da equipe.

Sendo as relações interpessoais, o “aprender a conviver”, elemento importante para o desenrolar dos processos educativos, tidas como um pilar da educação na medida em que possibilitam a compreensão do outro e a percepção de que as pessoas são interdependentes, necessitando de projetos comuns e de habilidades para gerenciar os conflitos (DELORS et al., 2010).

Algumas falas permitem perceber quais são os temas mais abordados pelos enfermeiros diante das demandas das equipes e como eles fazem essa abordagem.

[...] a gente se reúne também para passar alguma atualização, às vezes pelos e-mails que nós recebemos ... informá-los ... e às vezes a gente separa, cada equipe conversa, discute sobre algum caso e faz agenda com as agentes de saúde. (E9)

[...] a gente montou consultorias aqui para o profissional focar naquilo ali de três em três meses, saúde da mulher, saúde da criança, vida saudável, idoso... então é uma coisa boa, é uma maneira que você tem de estudar, que a gente reunia. [...] a gente trabalha muito com a questão de vacina que está sempre mudando... e com os agentes comunitários a gente trabalha muito com a questão da visita domiciliar então assim, no dia a dia, o que pinta de diferente a gente vai tentando discutir... e às vezes no bate-papo mesmo a gente fala sobre os curativos crônicos... então assim sempre quando tem um assunto diferente naquele momento, a gente tenta trabalhar o que a gente está vivenciando mesmo. (E11)

Eu procuro nas reuniões de equipe, a gente conversar sobre o assunto, às vezes separar em temas, né, aí vamos discutindo um pouquinho... por exemplo, atualização de vacina, tentando sempre estabelecer um diálogo, né, uma troca de experiências que é a forma mais rica da gente trabalhar... algumas vezes, temos as convocações da Secretaria de Saúde nas quais acontecem capacitações sobre temas específicos, mas é naquele formato de aula, né, bem tradicional mesmo. (E14)

No que tange aos temas mais abordados pelos enfermeiros com suas equipes, pode-se destacar um grande enfoque sobre a questão das vacinas, englobando técnicas e principalmente as atualizações do calendário vacinal. Esse tema atinge o grupo 1 das CSAP, que é o relacionado a doenças preveníveis por imunização. Nota-se então um movimento no sentido de articulação entre a EP e as CSAP no que diz respeito ao assunto abordado. Quanto à maneira como o tema é abordado, parece haver o intuito de estabelecer espaços de discussão e troca de

conhecimentos, mas a forma como essas abordagens acontecem parece ainda ser vertical, de transmissão de um conteúdo novo.

O fato de não serem notadas graves ocorrências pertinentes às CSAP do grupo 1 pode estar relacionado à abordagem recorrente do tema e também ao cumprimento de metas e pactos referentes à vacinação.

Outra questão trabalhada, a atualização sobre técnicas de curativos, pode estar indiretamente ligada a redução das ICSAP se relacionada com a prevenção secundária referente ao não agravamento e ou cura de uma úlcera diabética por exemplo.

Demais temas como saúde da mulher, saúde da criança e saúde do idoso, se desenvolvidos de maneira frequente em processos eficientes, poderiam atenuar casos relacionados às CSAP que esses grupos contemplam como, por exemplo, anemias, problemas respiratórios, infecções de ouvido, nariz e garganta em crianças. Além desses, doenças relacionadas aos órgãos pélvicos femininos e ligadas ao pré-natal e parto e outras que normalmente acometem os idosos, como diabetes e hipertensão.

As doenças crônicas são as que mais acometem a população no município de Juiz de Fora e constituem a causa mais frequente de ICSAP (JUIZ DE FORA, 2014). O PDAPS-JF (JUIZ DE FORA, 2014) buscou, na perspectiva das condições crônicas, viabilizar mecanismos gerenciais e de gestão do cuidado para também reduzir o percentual de internações por essas causas. Assim a realização de processos educativos que abordassem o modelo de atendimento a essas condições poderia ter maiores impactos no auxílio à redução das internações por CSAP.

Sobre as condições crônicas, Mendes (2012) ressalta que estas vão além das doenças crônicas, abrangendo também doenças agudas persistentes, acompanhamento de condições dos ciclos de vida como da criança e do idoso, problemas de longa duração relacionados à saúde mental e condições ligadas à maternidade por exemplo. Nesse sentido, pontua que as equipes de ESF devem valer-se no dia a dia do trabalho de estratégias de prevenção direcionadas aos principais fatores de risco ligados ao comportamento e estilo de vida.

Assim, a EP deve trazer para a assistência a questão da integralidade de maneira a contribuir para a articulação de estratégias das equipes para resolubilidade dos problemas trazidos pelos usuários, provocando mudanças nos métodos de

ensino-aprendizagem na produção do conhecimento (DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA et al., 2011).

A EP deveria, então, como parte inerente do trabalho em saúde, favorecer o atendimento adequado das condições crônicas, das CSAP, no sentido de instigar a atenção dos profissionais para sua ocorrência, bem como de levá-los à reflexão sobre formas de atendê-las adequadamente. Mas, para isso é necessário que a organização das políticas de saúde municipais e o processo de trabalho na AP estejam em consonância com o modelo de promoção da saúde.

Ao falarem do processo educativo como uma ferramenta auxiliar na diminuição das ICSAP, os entrevistados consideram os processos educativos importantes para favorecer a diminuição das internações, uma vez que deixam a equipe mais segura para lidar com as situações do dia a dia do trabalho.

Com certeza, eu acho que, se a gente tivesse um tempo para sentar e discutir, ele é um hipertenso... o que que é hipertensão? Hipertensão é isso, isso e isso. Que que ele tem que fazer? Tem que fazer isso, isso e isso. Então eu acho que a educação permanente ela é fundamental... (E7)

Sim, eu considero sim porque, por exemplo, ano passado, nós tivemos uma capacitação no Hiperdia. Eu fiz, os médicos também fizeram e eu achei muito interessante, porque lá eles têm uma forma de abordar o usuário diferente ...nós trouxemos algumas coisas aqui para nós e a forma que você aborda o paciente muda completamente...E isso é bom. (E8)

Sim, quando o profissional está mais capacitado e atualizado, ele se sente mais seguro, ele tem um olhar mais abrangente sobre algumas questões que as vezes passariam até despercebidas. A gente passa por uma faculdade, por um curso técnico, por especializações, mas a gente tem que estar sempre aprendendo, né, isso é muito importante. Então eu acredito que sim, os momentos em que eu estive presente em algum tipo de capacitação, em que foi passado algum tema, eu já voltei com um outro olhar para algum tipo de usuário específico. (E14)

Os entrevistados citam como benefício da EP a segurança que ela lhes proporciona para lidar com as situações do dia a dia. Isso vai ao encontro do que L. A. A. Silva et al. (2011) apresentam em sua pesquisa sobre concepções educativas que permeiam as propostas de EP em saúde. Os resultados daquele estudo apontam a prevalência de ações educativas pautadas no modelo tecnicista ainda valorizadas

nos serviços de saúde, pois este traz segurança na execução de ações e procedimentos, já que segue um caminho conhecido, sem muitas surpresas ou imprevistos.

Por outro lado, pode-se apreender, com base em Merhy (2015), que o mundo do trabalho se constitui em uma escola permanente de processos formativos a partir da vivência de um grupo de trabalhadores e suas necessidades de atualização da prática. Esse processo de formação se diferencia da EC, que parte de conhecimentos pré-fabricados que são utilizados para se preparar para uma ação, e se aproxima da produção de um novo conhecimento ou atualização de um conhecimento existente por meio do agir formativo dos envolvidos no processo.

A EC, assim, pode ser importante, por exemplo, para atualização de técnicas para atendimento de casos de parada cardiorrespiratória ou para realização de uma nova técnica de curativo. Mas é fundamental que os envolvidos considerem EC como parte de um processo maior, que em seu ambiente de trabalho, irá melhorar sua maneira de atender as pessoas e contribuirá para seu crescimento e seu agir profissional com os usuários e com a equipe.

Os entrevistados apontam ainda que novos conhecimentos os auxiliam a lidar com as diferentes condições e que a EP é fundamental, pois, sempre que se incorpora um novo conhecimento, uma nova forma de agir, isso reflete na assistência que é prestada ao usuário. No entanto, apontam que o processo educativo isoladamente não é capaz de transformar a realidade e que são imprescindíveis motivação e condições adequadas para que se coloquem em prática os novos conhecimentos.

Acho que o processo educativo em si só não muda nada, acho que a gente precisa de motivação e de condições humanas para levar e aplicar esse conhecimento. Mudando essa forma de agir com os pacientes, as internações diminuem e a gente consegue dar melhores condições de vida para esses pacientes porque a doença vai estar controlada e aí não vai complicar... (E5)

Percebe-se, nessa fala, que tão importante quanto o desenvolvimento de processos educativos com as equipes de saúde é que todos os envolvidos no processo estejam de fato dispostos a vivenciá-lo e a permitir-se transformar e ser transformados por ele.

Portanto a inserção da EPS nesse panorama como ferramenta de mudanças tem o desafio de transpor as práticas de caráter tecnicista de maneira a permitir o surgimento de “novas formas de conceber, desenvolver e envolver os sujeitos no processo educativo” (SILVA, L. A. A. et al., 2011, p. 346).

Assim, não basta apenas o convite à mudança, é necessário que se provoquem momentos de incômodo, em que os sujeitos sejam chamados a refletir acerca de seus limites, carências e dos problemas com os quais se deparam no cotidiano de seu trabalho. Porém, além do desconforto, é preciso também proporcionar subsídios para a construção de alternativas para lidar com essas situações-problemas que surgem no cotidiano do trabalho (CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2003).

Os entrevistados pontuam ainda que a prevenção, a EP, o conhecimento que é compartilhado, seja nas salas de espera com os usuários, seja para os próprios profissionais, contribuem para a melhoria da assistência. Isso se justifica na medida em que, quanto mais conhecimento os profissionais adquirem para compartilhá-lo com o usuário, a fim de que este compreenda o cuidado e tenha consciência da importância de que faça a sua parte, mais resultados positivos serão alcançados na assistência.

Para mim, o impacto é gigantesco... acho que isso contribui demais... seja a qualquer nível, eu acho que a prevenção, a educação permanente, o conhecimento que você passa, seja numa sala de espera, seja para nós, profissionais, só ajuda a melhoria da assistência... E assim conseqüentemente vai estar também colaborando com o governo... com a diminuição dos gastos na atenção secundária, terciária em tudo, então eu acho que a gente só tem a ganhar. (E6)

Dessa forma, a EP é reconhecida, por alguns enfermeiros, como ferramenta para melhoria da qualidade da assistência que é prestada ao usuário, bem como instrumento capaz de contribuir para redução dos custos em saúde e da sobrecarga de outros pontos de atenção da rede.

É possível também perceber, aqui, a EP considerada, como discorrem L. A. A. Silva et al. (2011), uma opção possível de transcender o modelo biomédico, ainda hegemônico, com a proposta de investir na prevenção e promoção de maneira interativa e o envolvimento de todos os sujeitos no processo.

Assim a EP pode se constituir em uma potente ferramenta para auxiliar os profissionais no manejo das CSAP, mas é preciso que esse entendimento, apontado pelos entrevistados, seja transformado em ações concretas de educação. Estas devem se embasar na vivência de cada um em sua área de abrangência e então se tornar realidade por meio do levantamento coletivo dos problemas e da busca concreta para as soluções.

5.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O Quadro 4, a seguir, apresenta, de acordo com os relatos dos enfermeiros da APS, o que é desenvolvido em termos de EPS pelo município.

Quadro 4 – Sobre Educação Permanente oferecida aos enfermeiros da Atenção Primária pela Secretária de Saúde

Entrevistado	Participa de processos de educação permanente oferecidos pelo estado ou pelo município? (Sim ou não)	Com que frequência?	Especificar
E1	Sim	Não existe frequência	Capacitações
E2	Sim	Não existe frequência exata, normalmente mensal	Capacitações
E3	Sim	Normalmente mensal	Capacitações
E4	Sim	Mensalmente	Capacitações
E5	Sim	Quinzenalmente	Capacitações
E6	Sim	Normalmente mensal	Capacitações
E7	Sim, participava	–	PEPS
E8	Sim	Mensalmente	Capacitações

E9	Sim	Mensalmente	Capacitações
E10	Sim	Não tem frequência	Canal Minas Saúde/PEPS
E11	Já houve	–	Capacitações
E12	Não	–	–
E13	Sim	Esporadicamente	Capacitações
E14	Sim	–	PEPS

Fonte: a autora

Pode-se perceber, a partir do quadro, que a maioria dos enfermeiros refere participar de processos de EP oferecidos pelo município. Não há uma frequência, uma regularidade do que é oferecido e, ao especificar, a maioria aponta que esses processos são capacitações sobre temas diversos, como dengue, saúde mental, atualização de calendário vacinal entre outros como podemos também observar na fala a seguir.

[...] algumas vezes, temos às convocações da Secretaria de Saúde nas quais acontecem capacitações sobre temas específicos, mas é naquele formato de aula né, bem tradicional mesmo. (E14)

Apreende-se nessa fala e nos dados contidos no quadro 3, que ações educativas oferecidas pelo município são pontuais e seguem o modelo de ensino-aprendizagem pautado na transmissão de conhecimentos.

As capacitações tradicionais compreendidas aqui como educação aplicada ao trabalho, por vezes são necessárias e devem ser realizadas, mas, sem perder de vista a “educação que pensa o trabalho” e a “educação que pensa a produção do mundo”. Assim não se tratará apenas de organizar “ cursos ou pacotes programáticos pontuais”, mas de se coordenar o processo de formação e a educação permanente em saúde de modo a possibilitar que os sujeitos ocupem seu lugar nesse processo de construção do conhecimento (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p. 52).

Os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), citados por alguns entrevistados, foram referidos na Resolução nº 335 do Conselho Nacional de Saúde em 2003 como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (BRASIL, 2004a). Sua implantação foi proposta com o intuito de criar novas articulações e investimentos para contribuir com o avanço do SUS ao diversificar a oferta de cursos, ao tentar superar os limites da formação tradicional e ao proporcionar a interação entre docentes e alunos nos cenários de prática de saúde promovendo assim a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle social e tornando mais qualificada a formação em saúde bem como a atenção integral (BRASIL, 2004a).

O Canal Minas Saúde citado por um dos entrevistados foi um programa de educação a distância (EAD) iniciado no ano de 2008 e constituiu uma estratégia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para promover a educação permanente. Esse canal utilizava de meios como a televisão, rádio e internet para oferecer cursos e capacitações aos profissionais de saúde. Inicialmente era operacionalizado pela Fundação de Apoio e Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais - Fundação Renato Azeredo (Framinas) sendo que, em 2014 a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) assumiu o lugar da SES-MG nessa parceria. Em março do corrente ano a ESP-MG anunciou o encerramento das atividades do Canal Minas Saúde devido a rescisão do contrato pela Framinas (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016).

Diante do exposto pode-se apreender que o que é ofertado aos enfermeiros em termos de processos educativos se aproxima mais da educação continuada com o desenvolvimento de cursos e capacitações que visam a atualização dos profissionais em temas específicos para atender as demandas do serviço, sendo seu desenvolvimento pontual e sem regularidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs analisar o processo de EP realizado pelos enfermeiros da APS e suas interfaces com as CSAP. Buscou-se identificar as causas de internações hospitalares prevalentes na visão dos enfermeiros em sua área de atuação e relacioná-las às CSAP. Procurou ainda descrever o processo de EP realizado pelos enfermeiros da AP e suas possíveis interfaces com as CSAP e investigou a visão dos enfermeiros sobre a EP como ferramenta para lidar com as CSAP.

O estudo revelou que a causa mais frequente de internações na área de abrangência dos enfermeiros participantes está relacionada com doenças crônicas que figuram entre as CSAP. Ao falarem sobre essas condições, os participantes, majoritariamente citam as que consideram sensíveis à AP. Apesar de lidarem diariamente com tais condições, não apresentam uma definição das mesmas.

Os enfermeiros reconheceram o caráter evitável de parte das internações que ocorrem em sua área de abrangência, apontando a atuação mais eficiente da APS por meio de atividades educativas de promoção da saúde e o comprometimento do usuário com o tratamento como os principais fatores capazes de evitar tais internações.

Sobre a assistência prestada aos usuários para que não necessitem de internação hospitalar, os participantes do estudo referiram o acolhimento, as consultas médicas e de enfermagem, os grupos educativos, imunização e a visita domiciliar como principais ações realizadas.

O predomínio das condições crônicas de saúde aponta a necessidade de um modelo de atenção voltado para essas condições, pautado especialmente em ações de promoção da saúde, trabalhando os fatores de risco evitáveis. Além do estabelecimento de uma agenda programada como prioridade, o que ainda não é realidade no município de Juiz de Fora, o atendimento à demanda espontânea ainda é predominante, segundo os relatos, o que, muitas vezes, sufoca os profissionais e dificulta que realizem outras ações, inclusive de EP.

O reconhecimento de que parte das hospitalizações do seu território adscrito pode ser evitada é importante, pois revela que os enfermeiros estão atentos à dinâmica do que ocorre em sua área, e, com a identificação dos pontos que podem

ser aprimorados, é possível traçar estratégias de intervenção com vistas à melhoria da qualidade da atenção.

A EP surge como uma ferramenta essencial quando se fala em melhoria da qualidade da atenção, pois, por meio dela, é possível suscitar reflexões sobre a maneira de agir dos profissionais a partir de questões que emergem do contexto em que estão inseridos, do dia a dia do trabalho, da troca de experiências com outros profissionais e com os usuários. Assim, ela toma significado e pode de fato transformar a realidade dos serviços ao transformar os profissionais que neles estão inseridos.

Os enfermeiros apontaram a importância dos processos educativos, reconhecendo que toda a equipe necessita vivenciá-los. Sobre os temas mais abordados por eles junto a equipe, destacaram-se as atualizações de calendário vacinal, atualização de técnicas e assuntos relacionados à saúde da criança, mulher e idoso. São temas recorrentes do dia a dia do trabalho na AP e estão relacionados às CSAP, uma vez que a realização de atividades voltadas para imunização, por exemplo, contempla o grupo 01 das doenças preveníveis por imunização.

Porém, essa associação entre a EP e as CSAP ainda é muito incipiente e a maneira como os processos educativos são desenvolvidos não favorece uma articulação eficaz para que a EP, embora tenha grande potencialidade para isso, funcione como ferramenta para apoiar as equipes no atendimento adequado às CSAP.

As ações educativas realizadas pelos enfermeiros, apesar de estimularem o diálogo e a troca de experiências, aproximam-se mais da EC com a atualização de técnicas e repasse de informações. Além disso, utiliza-se um espaço destinado à reunião de equipe para o desenvolvimento dessas ações. Não há um espaço destinado especificamente à EP. Como dificuldades relatam a falta de profissionais nas equipes, a falta de tempo e a grande demanda de trabalho, sendo que os dois últimos fatores estão intimamente ligados.

Assim, o estudo apontou que os enfermeiros consideram que a EP é ferramenta importante para lidar com as CSAP e conseqüentemente evitar hospitalizações desnecessárias na medida em que deixa o profissional mais seguro para lidar com tais condições, mune o profissional de novos conhecimentos e olhares que culminam na melhoria da qualidade da atenção. No entanto, ainda não desenvolvem processos relacionados à EP que possam ocasionar maiores impactos no atendimento às CSAP.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica.

Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.

Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2014.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BENTO, P. F.; MATUMOTO, S.; SOUZA, N. R. Conhecimento dos Enfermeiros Sobre Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Abrasco, 2013. Disponível em:

<<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/104.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27, de novembro de 2003. Aprova a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 fev. 2004a. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004b. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=16/02/2004>>. Acesso em :31 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=142&data=20/10/2006>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=70&data=18/04/2008>>. Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=13/06/2013>>. Acesso em: 31 out. 2014.

CAMPOS, E. M. S. et al. Tecnologias ativas de integralidade em saúde na Atenção Básica: a experiência do município de Juiz de Fora. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ: Abrasco, 2008. p. 129-152.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2014.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2016.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 659-666, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2016.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011.

DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA, F. M. C. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichán**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 48-65, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2014.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanent_e_saude.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

DELORS, J. et al. **Educação**: um tesouro a descobrir: relatório para a Unesco da comissão internacional sobre educação para o século XXI. Tradução José Carlos Eufrazio. São Paulo: Cortez, 2010. Tradução de: Learning: the treasure within. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

DOURADO, I.; BERENICE, V. Entrevista. **Revista brasileira saúde da família**, Brasília, ano 9, n. 18, p. 6-8, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Comunicado** – Canal Minas Saúde. 4 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/galeria-de-fotos/story/1237-comunicado-canal-minas-saude>>. Acesso em: 10 set. 2016.

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

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 760-770, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. Reflexões sobre as Experiências de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde. **Olho mágico (UEL)**, Londrina, v. 10, n.3, p. 21-26, 2003.

FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. A concepção pedagógica problematizadora: uma didática para a Educação Permanente em Saúde. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, 27.; JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, 8., 2009, **Anais...** Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología, 2009. Disponível em: <<http://www.aacademica.org/000-062/1563>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 12. ed. Campinas: Paz e Terra, 1997.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Nota técnica**: estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2015.

JUIZ DE FORA. Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde** – Projeto de Implantação. Juiz de Fora: PJF, 2014.

JUIZ DE FORA. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: SS/PJF, 2013. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2015.

KONDER, L. **O que é dialética?** 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LESSMANN, J. C. et al. Educação profissional em enfermagem: necessidades, desafios e rumos. **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 106-110, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4fccf66a17245.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2015.

LIBERATO, S. M. D. et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 191-198, 2014 Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a22.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 25 mar.2015.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 1 - Redes de Atenção à Saúde**. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2008.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s83-s91, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2014.

MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a24.pdf>. Acesso em: 10 set 2016.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai. 2014.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Alma-Ata 1978** – Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. (Serie “Salud para Todos”, n. 1). Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

PALHARES GUIMARAES, E. M.; HAUEISEN MARTIN, S.; PAOLINELLI RABELO, F. C. **Educação permanente em saúde**: reflexões e desafios. **Ciencia y enfermería**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 25-33, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2015.

PERNA, P. O.; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do coletivo para a ação da enfermagem. **Trabalho necessário**, Niterói, ano 6, n. 6, 2008.

Disponível em:

<<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

QUEIROZ, V. M.; EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 26-33, mar. 1988.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671988000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, abr./jun. 2011. Disponível em :<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 120-127, abr. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2016.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, dez. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2016.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto e contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2015.

SARDINHA-PEIXOTO, L. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, Murcia, n. 29, p. 324-340, 2013.

Disponível em :<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto e contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2016.

SILVA, T. O. **Acesso do usuário a assistência farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus-BA**. 2008. 199 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Tradução de: Primary Care: Balancing health needs, services, and technology.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Oct 1994. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/isprimarycare.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos**: relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, mar, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Envelhecimento e atenção à saúde da pessoa idosa**: questões da prática assistencial para enfermeiros. São Luis: UFMA; UNA-SUS, 2013. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/724>>. Acesso em: 10 set. 2016.

VELOSO, R. C.; ARAÚJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do Programa de Saúde da Família em municípios de pequeno porte estado de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 243-248, 2009. Disponível em:

<<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/313/222>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

VIANA, D. M. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, mai./ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sob o título “As Condições Sensíveis à Atenção Primária e suas interfaces com o processo de Educação Permanente do Enfermeiro”. Esta pesquisa tem o objetivo de Analisar o processo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e sua interface com as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Como procedimentos de seu desenvolvimento serão realizadas entrevistas gravadas em Mp3, sendo suas informações transcritas, sistematizadas, analisadas e divulgadas em eventos e ou periódicos de natureza exclusivamente científica, ficando as gravações e transcrições sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos e após este prazo serão destruídas. O (a) Sr. (a) deve estar ciente de que: não terá nenhum custo financeiro e não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a adquirir danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovado, será indenizado (a) pela pesquisadora responsável. Sua participação é livre e voluntária, podendo participar ou recusar-se a participar, terá esclarecimentos sobre os aspectos que desejar, permitindo-se a retirada de seu consentimento ou sua interrupção a qualquer momento, o que não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela instituição ou pela pesquisadora. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, não sendo disponibilizada em publicações ou eventos resultantes desta pesquisa, e qualquer material a seu respeito só será liberado com sua expressa autorização, ficando os resultados da pesquisa à sua disposição quando esta for finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a), que deverá guardá-la.

Eu _____ portador (a) do documento de Identidade: _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa: “As Condições Sensíveis à Atenção Primária e suas interfaces com o processo de

Educação Permanente do Enfermeiro” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ 2016.

Pesquisadora

Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA/CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900 - FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: CEP.PROPESQ@UFJF.EDU.BR.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:
PROF.ª DRA. DENISE BARBOSA DE CASTRO FRIEDRICH
ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N CAMPUS DA UFJF. MARTELOS.
CEP 36036330 – JUIZ DE FORA, MG – BRASIL
TELEFONE: (32) 32293821

CHARLENE ESTER MACHADO SILVA
ENDEREÇO: AVENIDA JUIZ DE FORA, 2131. GRAMA. JUIZ DE FORA-MG.
CEP 36048001 – JUIZ DE FORA, MG – BRASIL
TELEFONES: (32)3223-5788 E (32) 8822-3597. E-MAIL: CHARLENEEMACHADO@YAHOO.COM.BR

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados de caracterização dos participantes

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Tempo de formação: _____ Tempo de atuação na AP: _____

Possui pós-graduação? Especificar: _____

Já trabalhou em outros níveis de atenção? () Sim () Não

Já trabalhou simultaneamente na AP e na atenção hospitalar? () Sim () Não

Participa de processos de educação permanente oferecidos pelo estado ou pelo município?

() Sim () Não

Com que frequência? _____

2. Questões Abertas:

Fale das internações hospitalares que ocorrem na área de abrangência da sua unidade. Quais são os motivos?

Você considera que essas internações são passíveis de ser evitadas?

Qual assistência é prestada aos usuários da sua área de abrangência para que não necessitem de internação hospitalar?

Fale sobre as necessidades de processos educativos mais demandadas pela sua equipe. Como você desenvolve esses processos?

Fale sobre as Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Você acha que esses processos contribuem para diminuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária? Considera que sua equipe está preparada para lidar com essas condições?

APÊNDICE C – Síntese horizontal e síntese vertical dos dados analisados

NÚCLEOS DE SENTIDO	SÍNTESE HORIZONTAL
<p>Internações hospitalares mais frequentes na área de abrangência</p>	<p>AVC, as complicações de diabetes, saúde mental, criança por algum problema respiratório, parto, cirurgias, infarto, hipertensão complicada, câncer, pé diabético, gestante às vezes com infecção urinária, ou algum agravo durante a gestação.</p>
<p>Caráter evitável das internações</p>	<p>No caso das doenças crônicas poderiam ser evitadas, destacando a aderência do usuário, com acompanhamento da equipe, com atenção primária realizando o trabalho de forma correta priorizando as atividades educativas, com a conscientização e atuação da população, com a orientação aos usuários.</p>
<p>Assistência prestada aos usuários para que não necessitem de internação hospitalar</p>	<p>Consultas médica e de enfermagem, grupos, vacinação, atendimento por agendamento, a demanda espontânea, a consulta especializada, consulta agendada, segundo as linhas guias da atenção primária, estratificação de risco para agendamento das consultas, visita domiciliar aos acamados, consultorias de saúde baseadas nos ciclos de vida, programas de diabéticos, puericultura, gestante etc.; acolhimento.</p>
<p>Condições Sensíveis à Atenção Primária</p>	<p>Diabetes, hipertensão, saúde mental, tuberculose, gravidez na adolescência, condições que teoricamente pode-se resolver na AP.</p>
<p>Necessidades de processos educativos mais demandadas pela equipe e como esses processos são desenvolvidos</p>	<p>O processo educativo é importante pois deixa o profissional mais seguro para atuar, necessitando de mais tempo e pessoal para realizar um processo eficiente, toda a equipe demanda processos educativos, cita a reunião de equipe de quinta-feira como momento para discutir, trabalhar com as necessidades da equipe e utiliza os momentos oportunos para desenvolver a EP, atualizações de técnicas e calendário vacinal, fluxos para atender as necessidades dos pacientes, registro no prontuário, acolhimento, saúde da mulher, visita domiciliar, relação interpessoal, abordagem familiar.</p>
<p>Processos educativos como uma ferramenta para auxiliar na diminuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)</p>	<p>Considera a equipe tecnicamente competente para lidar com as CSAP, o processo educativo importante para evitar internações na medida em que deixa a equipe mais segura para lidar com as situações, aprender coisas novas auxilia a lidar com as situações e melhora a qualidade da assistência, o processo educativo em si só não muda nada, precisa de motivação e de condições para aplicar o conhecimento, a prevenção, a educação permanente, o conhecimento que você passa seja numa sala de espera seja, para nós profissionais só ajuda a melhoria da assistência, a educação permanente é fundamental, sempre que a gente aprende uma coisa nova isso reflete na assistência que a gente presta para o usuário, à medida que, quanto mais conhecimento você tem para se passar para o usuário de uma maneira que ele entenda, e ele próprio tome consciência da parte dele, quando o profissional está mais capacitado e atualizado, ele se sente mais seguro, ele tem um olhar mais abrangente sobre algumas questões que as vezes passariam até despercebidas.</p>

SÍNTESE VERTICAL

E1	<p>Causas mais frequentes de internações são AVC, as complicações de diabetes e saúde mental. No caso das doenças crônicas poderiam ser evitadas, destacando a aderência do usuário. Consultas médica e de enfermagem, grupos, vacinação são realizadas pela equipe e podem evitar internações. Cita diabetes, hipertensão e saúde mental como CSAP mais frequentes, salientando o aumento de casos de tuberculose. Considera o processo educativo importante pois deixa o profissional mais seguro para atuar. Mas considera que precisaria de mais tempo e pessoal para implementar processos educativos mais eficientes.</p>
E2	<p>Causas mais frequentes de internações são AVC, criança por algum problema respiratório, parto, complicações do diabetes. Considera que podem ser evitadas mas salienta a adesão do paciente. Cita a prevalência do atendimento individual ponderando a reinserção dos grupos educativos com atividades na comunidade. Fala da hipertensão e diabetes como CSAP mais frequentes. Entende que toda a equipe demanda processos educativos, cita a reunião de equipe de quinta-feira como momento para discutir casos, trabalha com as necessidades da equipe e utiliza os momentos oportunos para desenvolver a EP. Como tema demandado cita "o relacionamento em equipe e com a população". Considera a equipe tecnicamente competente para lidar com as CSAP.</p>
E3	<p>Causas mais frequentes de internações são os hipertensos, os diabéticos e parto. A maioria com acompanhamento poderia ser evitada mas salienta a adesão do paciente. A equipe utiliza do o atendimento individual, consulta médica e de enfermagem, o acompanhamento e os grupos educativos. Fala da hipertensão e diabetes como CSAP mais frequentes. A equipe necessita de atualização de assuntos, utiliza o espaço da reunião de equipe de quinta-feira como momento para discutir e sempre que necessário esclarece as dúvidas da equipe. Considera o processo educativo importante para evitar internações na medida em que deixa a equipe mais segura para lidar com as situações mas ressalta novamente o papel do paciente.</p>
E4	<p>Causas mais frequentes de internações são cirurgias, complicações por diabetes, infarto. Algumas podem ser evitadas, principalmente as crônicas quando tem acompanhamento adequado, mas a adesão do paciente é necessária. Cita o atendimento por agendamento, a demanda espontânea, a consulta especializada, os grupos educativos como atendimentos para evitar as internações na unidade. Fala da de hipertensão e diabetes como CSAP e alerta para tuberculose. As demandas educativas mais frequentes são atualizações de técnicas e calendário vacinal. Considera a EP importante pois aprender coisas novas auxilia a lidar com as situações e melhora a qualidade da assistência.</p>
E5	<p>Causas mais frequentes de internações são por hipertensão ou diabetes complicadas. Poderiam ser com acompanhamento mais de perto da equipe e envolvimento maior por parte de pacientes. Cita a marcação de uma consulta periódica como atendimento realizado. As condições sensíveis, que teoricamente a gente pode resolver aqui na atenção primária, as mais frequentes são as relacionadas a hipertensão e diabetes. São demandadas algumas atualizações, cursos, fluxos para atender as necessidades dos pacientes. Utiliza o espaço da reunião de equipe de quinta-feira para discussão. Considera que o processo educativo em si só não muda nada, precisa de motivação e de condições para aplicar o conhecimento. Mudando o agir com os pacientes, as internações diminuem porque a doença vai estar controlada e não vai complicar.</p>
E6	<p>Causas mais frequentes de internações são complicações em adultos relacionados a diabetes e hipertensão. Poderiam ser evitadas com atenção primária realizando o trabalho de forma correta priorizando as atividades educativas. Cita os grupos educativos como atividades realizadas para evitar internações. Processos educativos demandados, atualizações, registro no prontuário, vacinação. Considera a prevenção, a educação permanente, o conhecimento que você passa seja numa sala de espera seja, para nós profissionais só ajuda a melhoria da assistência.</p>
E7	<p>Causas mais frequentes de internações são parto, complicações de diabetes e hipertensão. Podem ser evitadas à nível nosso com o paciente controlado. Que adere ao tratamento, que participa de grupos operativos. Realiza os grupos, consulta individual com médico e com enfermeiro. Fala da saúde mental como CSAP além da hipertensão e diabetes. Processos educativos demandados recentemente sobre os calendários do Ministério da Saúde, trabalha em cima do que a equipe pede, não existe cronograma, não tem um tempo destinado, considera isso negativo e que não faz EP. Acha que a educação permanente é fundamental, tivesse tempo dentro do horário de trabalho.</p>

SÍNTESE VERTICAL

E8	Complicações de diabetes, hipertensão, parto e câncer. Podem ser evitadas quando decorrem de doenças que têm controle. Assistência prestada, consulta agendada, segundo as linhas guias da atenção primária à saúde, reunião de grupo para orientações. CSAP, seria mais hipertensão e diabetes. Processos educativos mais demandados, as demandas que vão chegando, nós nos reunimos toda quinta-feira e a gente vai passando, discutindo, não temos dado muito conta de fazer reciclagem por conta da demanda que está excessiva. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Eu considero que sim.
E9	Complicações de diabetes, AVC, infarto, parto. Podem ser evitadas com controle das doenças. Assistência prestada, estratificação de risco para agendamento das consultas, grupos educativos. CSAP, doenças crônicas, saúde mental. Processos educativos mais demandados, questões de vacina, de curativo, trabalhar com acolhimento. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Sim, sempre que a gente aprende uma coisa nova isso reflete na assistência que a gente presta para o usuário.
E10	Complicações de diabéticos e pé diabético, hipertensão descontrolada. Poderiam se o usuário tivesse a consciência da parte dele no processo. Assistência prestada, grupos informativos, consultas de acordo com os manuais do ministério, visita domiciliar aos acamados. CSAP, condições crônicas, drogas, tuberculose, gravidez na adolescência. Processos educativos mais demandados, na realidade é todo o processo educativo, porque a coisa é muito dinâmica... vacina por exemplo, saúde da mulher, nas quintas, mas dá para a gente sentar, as consultorias são uma forma de estudar. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Claro, à medida que, quanto mais conhecimento você tem para se passar para o usuário de uma maneira que ele entenda, e ele próprio tome consciência da parte dele.
E11	Diabetes descompensado, hipertensão descompensado, gestante às vezes com infecção urinária, ou algum agravo durante a gestação. Poderiam ser evitadas, mas é muito difícil o comprometimento do usuário. Assistência prestada, grupos educativos, consultorias de saúde. CSAP, doenças crônicas. Processos educativos mais demandados, vacina que está sempre mudando, com os agentes comunitários a visita domiciliar, no dia-a-dia o que pinta de diferente a gente vai tentando discutir... e as vezes no bate papo mesmo a gente fala sobre os curativos crônicos. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Com certeza eu acredito que deveria contribuir muito mais.
E12	Complicação por diabetes é a mais frequente e as crianças com infecção respiratória dependendo da época. Poderiam ser evitadas sim! E a forma é a conscientização e atuação da população. Assistência prestada, educação na saúde, consultorias baseadas nos ciclos de vida. CSAP, diabetes e hipertensão, uso de drogas. Processos educativos mais demandados, necessidade quase que mensal, de tudo, com relação ao agente comunitário, eles não têm preparo para iniciar o cargo, relação interpessoal é um problema. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Só contribui! É essencial para mim.
E13	Idoso, hipertensão, diabetes quando está descontrolada e criança às vezes que teve uma infecção pulmonar. Algumas interações poderiam ser evitadas, quando a gente fala de hipertensão arterial, diabetes não controlado. Assistência prestada, os programas de diabéticos, puericultura, gestante... consulta individual. CSAP, falou do atendimento aos grupos de patologias. Processos educativos mais demandados, abordagem familiar, na minha equipe a gente tem uma reunião semanal, mas eu não consigo reunir com toda a equipe. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Com certeza, eu acho que sim.
E14	Complicações, principalmente por hipertensão arterial e diabetes. Poderiam ser evitadas, com o controle adequado, o acompanhamento, a orientação aos usuários. Assistência prestada, orientação, do atendimento individual, demanda espontânea, acolhimento. CSAP, hipertensão e diabetes. Processos educativos mais demandados, nas reuniões de equipe, conversar sobre o assunto, as vezes separar em temas para discutir por exemplo atualização de vacina, tentando estabelecer um diálogo, uma troca de experiências. Processos educativos contribuem para diminuição das ICSAP? Sim, quando o profissional está mais capacitado e atualizado, ele se sente mais seguro, ele tem um olhar mais abrangente sobre algumas questões que as vezes passariam até despercebidas.

ANEXOS

ANEXO A – Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008)



PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1.1	Coqueluche	A37
1.2	Difteria	A36
1.3	Tétano	A33 a A35
1.4	Parotidite	B26
1.5	Rubéola	B06
1.6	Sarampo	B05
1.7	Febre Amarela	A95
1.8	Hepatite B	B16
1.9	Meningite por <i>Haemophilus</i>	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1.11	Tuberculose miliar	A19
1.12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1.16	Outras Tuberculoses	A18
1.17	Febre reumática	I00 a I02
1.18	Sífilis	A51 a A53

1.19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2.1	Desidratação	E86
2.2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3.1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4.1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4.2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infeções de ouvido, nariz e garganta	
5.1	Otite média supurativa	H66
5.2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5.3	Sinusite aguda	J01
5.4	Faringite aguda	J02
5.5	Amigdalite aguda	J03
5.6	Infeção Aguda VAS	J06
5.7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6.1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6.2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6.3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6.4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6.5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7.1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8.1	Bronquite aguda	J20, J21
8.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8.3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8.4	Bronquite crônica não especificada	J42
8.5	Enfisema	J43
8.6	Bronquectasia	J47
8.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9.1	Hipertensão essencial	I10
9.2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10.1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11.1	Insuficiência Cardíaca	I50
11.3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12.1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13.2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13.3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9
14	Epilepsias	
14.1	Epilepsias	G40, G41
15	Infeção no Rim e Trato Urinário	
15.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15.3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12



15.4	Cistite	N30
15.5	Uretrite	N34
15.6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16.1	Erisipela	A46
16.2	Impetigo	L01
16.3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16.4	Celulite	L03
16.5	Linfadenite aguda	L04
16.6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17.1	Salpingite e ooforite	N70
17.2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17.5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17.6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19.1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19.2	Sífilis congênita	A50
19.3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

RETIFICAÇÕES

No Anexo III, da Portaria SAS/MS nº 90, de 14 de fevereiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 31, de 15 de fevereiro de 2008, página 38 seção 1, onde se lê:

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)		Competência: Jan. 2008 UF: MG	
Gestão	Municípios	Nome da Unidade	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal	310620 - BELO HORIZONTE	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	29.782.942,32
Gestão Municipal	314670 - JUIZ DE FORA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF	5.441.166,48
Gestão Municipal	317010 - UBERABA	HOSP. ESC. FAC. MEDICINA DO TRINAGULO MINEIRO	20.424.189,12
Gestão Municipal	317020 - UBERLÂNDIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	41.135.165,76
TOTAL FUNDO MUNICIPAL			96.783.436,68

Leia-se:

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)		Competência: Jan. 2008 UF: MG	
Gestão	Municípios	Nome da Unidade	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal	310620 - BELO HORIZONTE	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	32.391.905,57
Gestão Municipal	314670 - JUIZ DE FORA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF	5.441.166,48
Gestão Municipal	317010 - UBERABA	HOSP. ESC. FAC. MEDICINA DO TRINAGULO MINEIRO	20.424.189,12
Gestão Municipal	317020 - UBERLÂNDIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	41.135.165,76
TOTAL FUNDO MUNICIPAL			99.392.436,88

No Anexo III, da Portaria SAS/MS nº 126, de 29 de fevereiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 03 de março de 2008, página 53 seção 1, onde se lê:

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)		Competência: Fev. 2008 UF: MG	
Gestão	Municípios	Nome da Unidade	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal	310620 - BELO HORIZONTE	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	29.782.942,32
Gestão Municipal	313670 - JUIZ DE FORA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF	5.441.166,48
Gestão Municipal	317010 - UBERABA	HOSP. ESC. FAC. MEDICINA DO TRINAGULO MINEIRO	20.424.189,12
Gestão Municipal	317020 - UBERLÂNDIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	41.135.165,76
TOTAL FUNDO MUNICIPAL			96.783.436,68

Leia-se:

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)		Competência: Fev. 2008 UF: MG	
Gestão	Municípios	Nome da Unidade	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal	310630 - BELO HORIZONTE	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	33.191.905,57
Gestão Municipal	313670 - JUIZ DE FORA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF	5.441.166,48
Gestão Municipal	317010 - UBERABA	HOSP. ESC. FAC. MEDICINA DO TRINAGULO MINEIRO	20.424.189,12
Gestão Municipal	317020 - UBERLÂNDIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	41.135.165,76
TOTAL FUNDO MUNICIPAL			99.392.436,88

ANEXO B – Distribuição das Unidades de Atendimento Primário à Saúde no município de Juiz de Fora

Região Sanitária	UAPS	POPULAÇÃO	Nº EQUIPES
Região 7 Norte/Noroeste	Esplanada (T)	7586	1
	Monte Castelo (ESF)	10770	3
	Industrial (T)	6711	1
	Jardim Natal (ESF)	6779	2
	Milho Branco (ESF)	8481	3
	Joquei Clube I (ESF)	7788	2
	Joquei Clube II (ESF)	7266	2
	Cidade do Sol (ESF)	5094	2
TOTAL	8	60475	16
Região 8 - Norte	Nova Era (ESF)	9338	3
	São Judas Tadeu (ESF)	6240	2
	Santa Cruz (ESF)	10733	4
	Benfica(T)	18325	1
	Vila Esperança (ESF)	8550	3
	Barreira do Triunfo (ESF)	3577	1
TOTAL	6	56763	14
Região 5- Nordeste	Nossa Senhora das Graças (T)	21430	1
	Bandeirantes (ESF)	9023	3
TOTAL	2	30453	4
Região 6 - Nordeste	Parque Guarani (ESF)	3186	1
	Filgueiras (ESF)		2
	Granjas Bethânia (ESF)	3561	1
	Gramma (T)	8790	1
TOTAL	4	15537	5
Região 3 - Leste	Linhares (ESF)	13378	5
	São Sebastião (ESF)	8179	3
	São Benedito (ESF)	8911	3
TOTAL	3	30468	11
Região 4 - Leste	Santa Rita (ESF)	4813	2
	Marumbi (ESF)	9027	3
	Progresso (ESF)	9247	3
	Nossa Senhora Aparecida (ESF)	6423	2
	Alto Grajaú (ESF)	7373	2
TOTAL	5	36883	12

Região - Centro/Sul	Centro Sul (T)	37666	1
	Dom Bosco (T)	13560	1
	Santa Cecília (ESF)	9326	3
TOTAL	3	60552	5
Região 9 - Oeste	Santos Dumont (MISTA)	15825	1
	São Pedro (PACS)	24627	1
	Borboleta (T)	9698	1
TOTAL	3	50150	3
Região 11 - Sul	Cruzeiro do Sul (T)	6565	1
	Santa Luzia (ESF)	14743	4
	Santa Efigênia (ESF)	8422	2
	Vale Verde (ESF)	7372	3
	Ipiranga (T)	15033	1
	Teixeiras (ESF)	10595	3
TOTAL	6	62730	14
Região - Sudeste	Retiro (ESF)	5526	2
	Jardim Esperança (ESF)	5389	2
TOTAL	2	10915	4
Região 2 - Sudeste	Santo Antonio (ESF)	9276	3
	Bairro de Lourdes (T)	9368	1
	Jardim da Lua (ESF)	3564	1
TOTAL	3	22208	5
Região 12 - Sudeste	Vila Ideal (ESF)	6072	2
	Vila Olavo Costa (ESF)	3108	1
	Furtado de Menezes (ESF)	6666	2
TOTAL	3	15846	5
Região do Campo	Paula Lima (T)	1536	1
	Chapéu D'Uvas(T)	716	1
	Dias Tavares(T)	767	1
	Igrejinha (ESF)	2499	1
	Humaitá (ESF)	2257	1
	Penido (T)	522	1
	Valadares (T)	1052	1
	Rosário de Minas (T)	865	1
	Toledos (T)	437	1
	Torreões (ESF)		1
	Pirapitinga (ESF)	2474	1
	Sarandira (T)	472	1
	Caeté (T)	726	1
	Jacutinga (Volante)	1309	1
TOTAL	14	15632	14
ESF	39	265026	88
TRADICIONAL	22		22
MISTA	1	15825	1
PACS	1	24627	1
TOTAL	62	468612	112

Fonte: Juiz de Fora (2013)

ANEXO C – Termo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde e sua Interface com as Condições Sensíveis a Atenção Primária: Atuação do Enfermeiro.

Pesquisador: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41790415.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.237.172

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

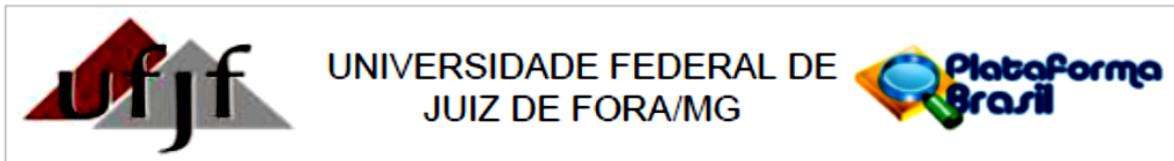
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.237.172

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Junho de 2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Declaração_secretaria de saúde_subsecretaria atenção básica.pdf	09/02/2015 11:00:34		Aceito
Outros	Declaração_secretaria de saúde_departamento de atenção básica.pdf	09/02/2015 11:02:07		Aceito
Outros	Declaração_Faculdade de Enfermagem.pdf	09/02/2015 11:02:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/02/2015 11:07:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA.docx	09/02/2015 18:06:48		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.jpg	10/02/2015 21:34:20		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_446835.pdf	11/02/2015 00:55:24		Aceito
Outros	PROJETO DE	16/07/2015		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.237.172

Outros	PROJETO DE	10:23:06		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_546954 E1.pdf	16/07/2015 10:25:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 21 de Setembro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br