



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ana Carolina dos Santos Rangel Pereira

Curso Introdutório em Saúde da Família: uma análise de sua estrutura e aplicação para
profissionais do SUS no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

Ana Carolina dos Santos Rangel Pereira

Curso Introdutório em Saúde da Família: uma análise de sua estrutura e aplicação para profissionais do SUS no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P436c Pereira, Ana Carolina dos Santos Rangel.
Curso introdutório em saúde da família: uma análise de sua
estrutura e aplicação para profissionais do SUS no município do Rio
de Janeiro / Ana Carolina dos Santos Rangel Pereira. -- 2020.
64 f. : il. color.

Orientador: Carlos Otávio Fiúza Moreira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Saúde da Família. 2. Capacitação em Serviço. 3. Educação em
Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família.
6. Curso Introdutório. 7. Educação Permanente. I. Título.

CDD – 23.ed. – 374.098153

Ana Carolina dos Santos Rangel Pereira

Curso Introdutório em Saúde da Família: uma análise de sua estrutura e aplicação para profissionais do SUS no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 21/05/2020

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Sonia Acioli de Oliveira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a. Adriana Coser Gutierrez
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre, por me fortalecer durante toda a caminhada.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram incondicionalmente nos estudos e foram minha rede de apoio no cuidado do meu filho, o que possibilitou que eu pudesse estudar.

Ao meu marido por todo apoio e compreensão e ao meu filho, Tomás, minha grande alegria de viver, por quem eu continuo querendo crescer mais e mais.

À minha família, que também foram rede de apoio e que entenderam todos os momentos de ausência.

Ao Carlos Otávio, meu orientador, por me aconselhar e acompanhar durante todo o desenvolvimento do estudo, respeitando minhas opiniões e agregando conhecimento à minha trajetória.

À Leila Marino, grande exemplo de gestora, que sempre acreditou que agregar conhecimento científico à prática da gestão seria uma fórmula de sucesso.

À professora e amiga Paula Brandão, que sempre me socorreu nos momentos de dificuldades, e me ajudou a encontrar e delinear alguns caminhos e possibilidades desse estudo.

À CAP 5.3, por ser a minha casa, onde eu encontro prazer em trabalhar todos os dias.

A todos os gestores que participaram do estudo doando seu tempo e me fazendo acreditar que sempre valeria a pena.

Aos coordenadores e professores do curso de mestrado, pela excelência acadêmica e por todo aprendizado adquirido.

Aos meus amigos do mestrado, pelo companheirismo, troca de experiências e vivências experimentadas.

Fernanda e Bruna, minhas queridas amigas de turma, quanta gratidão em trilhar esse caminho junto à vocês.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, por quem lutamos diariamente para oferecer uma assistência de qualidade e nos contagiam diariamente com suas diferentes formas de encarar as batalhas da vida.

Aos profissionais do Sistema Único de Saúde por toda resistência e resiliência diante das situações vividas.

É que tem mais chão nos meus olhos do que
cansaço nas minhas pernas, mais esperança
nos meus passos do que tristeza nos meus
ombros, mais estrada no meu coração do que
medo na minha cabeça.

Cora Coralina

RESUMO

Este estudo tem como objeto o Curso Introdutório em Saúde da Família (CISF) no município do Rio de Janeiro. Esta pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa; os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, além da revisão dos materiais didáticos existentes e de bibliografia sobre o tema. O estudo divide-se em três partes: resgate histórico da implantação do CISF no município do Rio de Janeiro; análise do material didático atual com base no proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e Carteira de Serviços do município e análise da percepção dos gerentes das unidades de saúde sobre os profissionais egressos do CISF. A realização do CISF é uma orientação da PNAB para qualificar os profissionais que ingressam na Atenção Primária à Saúde (APS). O curso se constitui num dispositivo de formação para a atuação nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e serve para aproximar os profissionais dos conceitos e das práticas que esta estratégia requer. A ESF se destaca como estratégia de organização dos serviços na APS, fortalecendo a rede de saúde e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. No município do Rio de Janeiro, a implantação efetiva do CISF se inicia em 2001, com primeira expansão da ESF e elaboração dos primeiros materiais didáticos, ainda sem padrão único para todas as áreas. Tem seu auge no ano de 2016 com a publicação do novo material didático e metodologia padronizada, seguindo o recomendado pela PNAB, PNEPS e agregando conteúdo da Carteira de Serviços. Concluiu-se que o CISF é efetivo para apresentação da ESF aos profissionais, porém tem limites em seu escopo, como todo curso introdutório, que podem ser ampliados e desenvolvidos por meio dos processos de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Curso introdutório, Capacitação em serviço, Educação para o SUS.

ABSTRACT

This study has as its object the Introductory Course in Family Health (ICFH) in the city of Rio de Janeiro. This research used a qualitative approach; the data were collected through semi-structured interviews, in addition to the review of existing teaching materials and bibliography on the topic. The study is divided into three parts: historical survey of the implementation of ICFH in the municipality of Rio de Janeiro; analysis of the current didactic material based on the one proposed by National Primary Care Policy (NPCP), National Policy for Permanent Education in Health (NPPE) and Services Portfolio of the municipality and analysis of the perception of the managers of the health units about the professionals who left the CISF. The realization of the CISF is a guideline of the NPCP to qualify professionals who enter Primary Health Care (PHC). The course is a training device to work in the Family Health Strategy (FHS) teams and serves to bring professionals closer to the concepts and practices that this strategy requires. The FHS stands out as a strategy for organizing services in PHC, strengthening the health network and contributing to the reorientation of the care model. In the municipality of Rio de Janeiro, the effective implementation of the ICFH began in 2001, with the first expansion of the FHS and the preparation of the first teaching materials, still with no single standard for all areas. It reaches its peak in 2016 with the publication of new teaching material and standardized methodology, following the recommendations of NPCP, NPPE and adding content from the Service Portfolio. It was concluded that the ICFH is effective for presenting the FHS to professionals, but it has limits in its scope, like any introductory course, which can be expanded and developed through the Permanent Health Education processes.

Keywords: Introductory course, In-service training, Education for SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Capa do Manual do Facilitador.....	39
Figura 2 –	Capa do Caderno do Aluno.....	41
Figura 3 –	Capa da Carteira de Serviços de Saúde do MRJ.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problema
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CISF	Curso Introdutório em Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAT	Grupo de Apoio Técnico
MS	Ministério da Saúde
OSS	Organização Social em Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF	Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidade de Atenção Primária
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	16
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	20
5	CAPÍTULO I - TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA IMPLANTAÇÃO DO CISF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	22
6	CAPÍTULO II - CISF NA ATUALIDADE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	29
6.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB).....	29
6.2	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS).....	30
6.3	MATERIAL DIDÁTICO DO CISF.....	33
6.3.1	Manual do Facilitador	35
6.3.2	Caderno do Aluno	39
6.4	CARTEIRA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	41
7	CAPÍTULO III – PERCEPÇÃO DOS GERENTES DAS UNIDADES DE SAÚDE SOBRE OS PROFISSIONAIS EGRESSOS DO CISF	45
7.1	CISF COMO DISPARADOR DE CONHECIMENTO NA ESF.....	45
7.2	O CISF COMO PRIMEIRO CONTATO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	51
7.3	METODOLOGIA DO CURSO COMO PROPULSOR DE ADESÃO AO CISF.....	53
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA RESGATE HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO CISF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	63

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES
DAS UNIDADES ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....**

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre o Curso Introdutório em Saúde da Família (CISF) no município do Rio de Janeiro. A realização deste curso (CISF) é uma orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para qualificar os profissionais que ingressam na Atenção Primária à Saúde (APS), e se constitui num dispositivo de formação para a atuação nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), servindo para aproximar os profissionais dos conceitos e das práticas que esta estratégia requer.

A motivação para realizar o estudo está relacionada com a minha trajetória profissional e acadêmica. Desde 2007, quando aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) até me tornar gestora de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro em 2010, observei que o Curso Introdutório era e é o único curso de capacitação em Saúde da Família pela qual *todos* profissionais que ingressam na ESF obrigatoriamente devem passar.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi oficialmente implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) como um programa e, posteriormente em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial. Caracteriza-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011).

A ESF se destaca como estratégia de organização dos serviços na APS, fortalecendo a rede de saúde e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar, através de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adscrita à sua área de abrangência. É fundamental no trabalho da ESF o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO, 2007).

A ESF busca desenvolver um cuidado integral, baseando-se no conceito ampliado de saúde e de promoção da saúde, no trabalho em equipe e na busca pela qualidade e resolutividade da assistência prestada ao usuário, construindo um novo modelo de atenção à saúde.

Desta perspectiva, o profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação

(BRASIL, 2000). Assim, a reorganização das práticas de atenção à saúde deve ocorrer de forma concomitante a políticas e estratégias de formação, num processo permanente de educação em saúde.

Os serviços da APS, no Brasil, se constituem como porta de entrada preferencial do SUS, onde as pessoas, suas famílias e a comunidade encontrarão o primeiro acesso às suas necessidades. Foi desta perspectiva que o MS consolidou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade para reordenamento da APS e de acordo com os preceitos do SUS. Obedecendo ao preconizado pela a PNAB, a ESF passa a ser adotada como modelo substitutivo da Atenção Básica¹ tradicional, ampliando seu escopo de atenção e reorganizando o cuidado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, ao longo do tempo, para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras; e coordena ou integra a atenção fornecida em outros níveis de atenção. Este conjunto de funções ou atributos - acesso / primeiro contato, integralidade ou abrangência, longitudinalidade e coordenação, além da orientação familiar e comunitária e da competência cultural -, quando presentes em conjunto, definem a APS (STARFIELD, 2002).

Desde a sua implantação, um dos aspectos mais críticos da ESF reside justamente na escassez de pessoal preparado especificamente para atuar nesse complexo nível de atenção à saúde. Essencialmente, a exigência é que os profissionais passem a atuar na Atenção Básica¹ à Saúde fundamentados em uma perspectiva generalista e considerem os problemas e necessidades de saúde da população, o que requer uma série de medidas no campo da formação profissional, desde treinamentos de curta duração até propostas de mudanças nas graduações (CAMPOS, 2006).

A conversão do modelo assistencial tradicional da Atenção Básica (AB) para a Estratégia Saúde da Família foi parte da reforma que ocorreu no Município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2016. Segundo dados publicados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (SIMÕES et al., 2016), nesse período, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso a serviços de saúde, com a ampliação de 3,5% para 41% da cobertura da Estratégia Saúde da Família e mais de 800 equipes sendo implantadas. Com essa grande

¹ Atenção Básica (AB) é o termo que, no Brasil, corresponde a APS. Neste presente estudo a autora utilizará o termo APS considerando sua grande abrangência na literatura e escolha da autora desta pesquisa.

expansão, houve um ingresso significativo de profissionais na Estratégia. Um problema que emergiu para a gestão foi a carência no mercado de profissionais formados em número suficiente e com o perfil de competências e habilidades adequado para desenvolver as atribuições fundamentais da Atenção Básica. Essa questão pode ser relacionada também com os processos mais gerais de formação em saúde, como o fato de muitas graduações dessa área ainda privilegiarem um modelo tradicional de assistência à saúde, baseado fundamentalmente na clínica, centrado no indivíduo e no atendimento hospitalar.

Pensando na necessidade de qualificar os novos profissionais na Atenção Primária e com base no disposto na PNAB (2006), que tornava obrigatória a execução de Cursos Introdutórios em Saúde da Família pelos municípios, a SMS-RJ decidiu, em 2016, realizar uma grande reestruturação do Curso Introdutório, com base na metodologia proposta pela PNAB e desenvolvendo material didático único, utilizado desde então em todas as Coordenações de Área Programática (CAP) do município.

As Coordenações de Áreas Programáticas (CAP) foram criadas em 1993 através da Resolução SMS nº 431 de 14/04/1993 conforme consta no Diário Oficial do município do Rio de Janeiro, e discorre sobre a instituição das Áreas de Planejamento Sanitário na cidade do Rio de Janeiro. As dez áreas de planejamento (AP 1,0; 2,1; 2,2; 3,1; 3,2; 3,3; 4,0; 5,1; 5,2; 5,3) com suas CAP seriam instâncias responsáveis pela administração, articulação e organização das unidades de saúde nos territórios. O objetivo dessa criação era uma descentralização gerencial na qual os coordenadores das áreas de planejamento pudessem participar e decidir sobre as questões dos seus territórios.

O histórico da implantação do CISF no município do Rio de Janeiro, desde as primeiras equipes de Saúde da Família não está muito documentado. A grande maioria dos registros existentes sobre a forma como o curso se desenvolveu está em papel impresso, principalmente em forma de apostilas. No levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, usando as palavras-chave “curso introdutório”, “capacitação em serviço” e “educação para o SUS”, foram selecionados 66 trabalhos. Após a análise de título e resumo, foram identificados apenas 03 trabalhos que citavam o CISF no período desejado de análise, de 1995 a 2011, período da primeira expansão do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro e apenas 01 estudo (COSTA, 2008) relatava diretamente o histórico do CISF no município. A escassez de estudos sobre este dispositivo educacional da ESF, o CISF, incluindo o aspecto histórico, nos motivou ainda mais para realizar esta pesquisa.

A partir dessas considerações, formulamos algumas questões norteadoras: Como o Curso Introdutório (CISF) se efetivou para apresentação da ESF aos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, desde sua implementação inicial? Como o CISF se realiza? Na percepção dos gerentes entrevistados, é efetivo em seu propósito de apresentar a ESF aos profissionais de saúde?

2 OBJETIVOS

O Curso Introdutório em Saúde da Família (CISF) no Município do Rio de Janeiro é, assim, o objeto desta pesquisa, que se realizou a partir dos objetivos abaixo descritos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Curso Introdutório em Saúde da Família (CISF) no município do Rio de Janeiro enquanto estratégia educacional e suas relações com a organização da atenção à saúde no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) recuperar a trajetória histórica da implantação do CISF no município do Rio de Janeiro;
- b) descrever o CISF em seu formato atual (plano de curso, professores, estratégias educacionais etc.), considerando a organização da atenção à saúde no município do Rio de Janeiro pela Carteira de Serviços de Saúde, a PNAB e a PNEPS; e
- c) descrever e analisar a percepção dos gerentes das unidades de saúde sobre os profissionais egressos do CISF.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica.

Um primeiro momento do trabalho foi a realização com pesquisa bibliográfica, de caráter analítico, constituída pelo levantamento e leitura de bibliografia referente aos temas e questões da pesquisa, e disponível principalmente no sistema Lilacs-Scielo-Bireme, assim como consultas a textos e publicações oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). A seleção de textos obedeceu a critérios como pertinência e relevância dos textos.

A pesquisa contou com uma etapa exploratória, em que a pesquisadora participou de um CISF aplicado na CAP 5.3, com anuência do coordenador da área. Isto se fez necessário uma vez que a pesquisadora nunca havia participado de um CISF utilizando o novo material didático e as novas metodologias implementados com a reestruturação de 2016. Nessa etapa foi possível perceber a dinâmica do desenvolvimento do curso e realizar um levantamento de questões acerca do CISF.

No segundo momento do trabalho, foi realizada a coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas. Este tipo de entrevista permite grande flexibilidade na sua condução e ao mesmo tempo um levantamento de dados objetivos. Segundo Minayo (2007), por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.

Considera-se ainda que:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004, p. 215).

Foram desenvolvidos dois roteiros diferentes (ver anexos) para as entrevistas, conforme os agentes entrevistados. O primeiro foi estruturado com 03 perguntas e aplicado a profissionais escolhidos para ajudar a traçar o resgate histórico do CISF no município do Rio de Janeiro. O segundo roteiro foi estruturado com 04 (quatro) perguntas e foi utilizado para

entrevistar os gerentes de Unidades de Atenção Primária (UAP) à saúde do município do Rio de Janeiro.

Para esboçar o histórico do CISF no município do Rio de Janeiro e conhecer as mudanças ocorridas desde então, foram realizadas entrevistas com 10 (dez) profissionais, que ocuparam cargos estratégicos nos Grupos de Apoio Técnico (GATs) da SMS-RJ, em diversas CAPs e participaram do primeiro processo de implantação do CISF no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados pelas suas nomeações em Diário Oficial do período em estudo, e escolhidos aleatoriamente. Foram entrevistados 06 profissionais, dos 10 inicialmente previstos, dada a saturação dos conteúdos apreendidos nas respostas. Estas entrevistas foram agendadas via telefone e/ou endereço eletrônico dos escolhidos e realizadas no local de preferência do entrevistado.

Referente aos gestores entrevistados que auxiliaram no resgate histórico do CISF no município do Rio de Janeiro, atualmente 03 continuam atuando em cargos de gestão dentro da SMS/RJ, 02 exercem atividades de docência em universidades públicas e 01 exerce outro tipo de atividade fora do SUS. Os outros gestores não entrevistados ainda exercem atividades em setores da SMS.

Para captar a visão dos gerentes/diretores das UAPs sobre os egressos do CISF, foram realizadas entrevistas com os atuais gerentes/diretores que estão no cargo há pelo menos 18 meses e atuando pelo mesmo tempo na mesma unidade de saúde (critério de inclusão). As entrevistas se deram por adesão à pesquisa e foram ofertadas mediante convite enviado por e-mail ou contato telefônico aos gerentes de todas as CAPs do município. Objetivava-se entrevistar pelo menos 01 (um) gerente/diretor de cada CAP do município, num total de 10 entrevistas. A meta foi cumprida. O critério de exclusão foi o tempo de atuação de cada gerente no cargo e na unidade em que o mesmo está lotado, e se baseia no fato de que o material do CISF foi implantado no ano de 2017 em todas as CAPs do município. Estas entrevistas foram agendadas via telefone e/ou endereço eletrônico dos escolhidos e realizadas no local de preferência do entrevistado, somente após expedição de Carta de Anuência para pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, além da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Referente aos gerentes/diretores entrevistados para análise da percepção sobre o CISF, todos possuem especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família, uma vez que ter a especialização é requisito básico para ocupação do cargo segundo dispõe a SMS/RJ. Dos 10 entrevistados, 03 são egressos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 03

possuem título de mestre em Saúde Pública; 02 gerentes possuem equipes de residentes em saúde da família (multiprofissional, médica ou de enfermagem) atuando em suas unidades.

Para manter o sigilo na pesquisa foi determinado que os gestores entrevistados para retrospectiva histórica seriam identificados pela palavra “Entrevistado” seguido da ordem em que as entrevistas foram realizadas (Entrevistado 1; Entrevistado 2, etc.). Para identificação das falas dos gerentes/diretores foi usada a palavra “Gestor”, seguido também da ordem na qual as entrevistas foram realizadas (Gestor 1; Gestor 2, etc.).

Para descrever o CISF em seu formato atual (plano de curso, professores, estratégias etc.) foi realizada também uma análise do material pedagógico utilizado no curso e da Carteira de Serviços do município, assim como a bibliografia disponível relativa a tais materiais.

Para análise desse conjunto de documentos (entrevistas, textos de artigos e livros, portarias, Políticas etc.) foram utilizados dois métodos de análise.

Para as entrevistas do resgate histórico, foi utilizada a metodologia de narrativas. Para Labov e Waletzky (1967, apud PAIVA, 2008), que trabalharam com narrativas orais, a narrativa de experiência pessoal é “um método de recapitulação de experiências passadas combinando uma sequência verbal de orações com a sequência de eventos realmente acontecidos”. Para análise das entrevistas com os gerentes foi utilizado o método de análise de conteúdo, conforme Bardin (2011). Trata-se um conjunto de estratégias de análise que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Segundo a autora, a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens, quem as emitiu, em que contexto e quais efeitos se pretende causar por meio delas. Mais especificamente, a análise de conteúdo constitui:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011, p.15).

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização, em que se estabelece um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem

definidos, embora flexíveis. Normalmente, segundo Bardin (2011), envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. No caso de entrevistas, que foram transcritas, nos orientamos pelas regras de exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação: escolha de unidades de registro, recorte, classificação e categorização.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador deve procurar torná-los significativos e válidos. Esta interpretação vai além do conteúdo manifesto dos documentos, pois interessa ao pesquisador os sentidos que se encontram no que foi citado pelos sujeitos da pesquisa.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi apreciado pela banca examinadora do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE nº 1264111.9.0. 0000.5240) e pela banca examinadora do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE nº 1264111.9.0.3001.5279), tendo sido aprovado em ambos os comitês. A coleta de dados iniciou apenas após a aprovação nos Comitês de Ética.

As participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas, garantindo a confidencialidade das informações, a privacidade dos participantes e a proteção da identidade, inclusive de sua voz.

Os entrevistados foram identificados pela letra E quando se tratava de profissionais que relatavam sobre resgate histórico e foram identificados pela letra G quando se tratava de gerente de unidade de saúde. Ambas as letras foram seguidas de numeração, conforme ordem de entrevista.

A pesquisadora esteve atenta para os riscos de modo a evitar e/ou atenuar seus efeitos e possíveis danos aos participantes. Os riscos deste estudo foram classificados como mínimos, pois não apresentam riscos biológicos e físicos para os participantes e possui característica de coleta de dados por meio de entrevistas. Para amenizar eventuais desconfortos e constrangimentos durante as entrevistas a pesquisadora esclareceu possíveis dúvidas dos entrevistados antes de iniciar a gravação. Os participantes foram informados que poderiam interromper a entrevista em qualquer momento. Caso o participante se sentisse desconfortável em compartilhar alguma informação pessoal ou confidencial durante a entrevista, não precisaria fazê-lo.

A data e local da realização das entrevistas foram previamente agendadas pela pesquisadora com o entrevistado através de contato formal prévio. Relativo as entrevistas realizadas com os gestores de unidades de saúde também foram enviadas pela pesquisadora uma carta de anuência aos Centros de Estudos de cada CAP, conforme orientação da SMS-RJ. Tão logo os centros de estudos retornavam com o aval na carta de anuência as entrevistas eram agendadas.

O estudo possui compromisso ético com o retorno a todos os participantes da análise integral dos dados. As entrevistas foram analisadas de maneira agregada, preservando a identidade dos participantes do estudo.

Os procedimentos éticos no desenvolvimento do estudo foram respeitados conforme a resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisas em Ciências

Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. E, além disso, pela resolução nº 580/2018 que trata as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo o Sistema Único de Saúde (SUS). Os documentos relativos a esta pesquisa ficarão armazenados em segurança pela pesquisadora por, no mínimo, cinco anos e após o término serão descartados, sendo preservada a identidade dos participantes.

5 CAPÍTULO I - TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA IMPLANTAÇÃO DO CISF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo apresenta aspectos históricos e político-institucionais relativos à aplicação do CISF no período de 2001 a 2015 no município do Rio de Janeiro. Não se pretende esgotar o debate nem realizar uma revisão extensa da história do CISF nesse município, mas buscar, a partir de trabalhos de outros autores e relatos de profissionais que participaram do CISF nesse período, reunir informações e elaborar uma interpretação sobre o processo de construção e implantação desse curso introdutório.

O Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro tem o ano de 1995 como emblemático, visto que representa o marco inicial da trajetória de implantação das equipes de saúde da família na cidade, com a criação das primeiras equipes na Ilha de Paquetá. O Programa Médico de Família, já executado em Niterói, influenciou de forma considerável as experiências que começaram a despontar no município do Rio de Janeiro, nesse período (LIMA, 2014).

As primeiras equipes de PSF foram inseridas na Unidade Integrada de Saúde Arthur Vilaboim, a única unidade de saúde existente naquele território. Nesse projeto cada equipe de saúde da família era composta por um médico e um agente comunitário de saúde, que juntos cobriam uma população de 1.350 moradores ou 400 famílias. Como uma diferença importante, aponta-se que foram acrescentados a essas equipes os profissionais de assistência social e nutrição.

A Ilha de Paquetá foi escolhida devido ao seu território limitado, o que facilitaria em tese a experimentação do Programa Saúde da Família (CAZELLI, 2003). A fala de um dos nossos entrevistados expressa bem como foi essa implantação em Paquetá:

[...] começamos um trabalho no hospital de Paquetá, conversamos com a diretora. Paquetá na época era um lugar que tinha prós e contras para a implantação de uma unidade de PSF lá. Contra porque era um lugar isolado, não tinha muitas referências, mas por outro lado era um lugar que tinha um território delimitado, era mais fácil começar por lá [...] colocamos ali, acho que eram dois médicos que atendiam, se eu não me engano, e eu comecei a fazer a coordenação desse projeto. Aí começaram a aparecer várias demandas de outros bairros. (Entrevistado 1)

Depois da experiência de Paquetá outras áreas iniciaram o processo de implantação do Saúde da Família, como a Maré e Vigário Geral. No entanto, não seguiam as recomendações do Ministério da Saúde para implantação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), conforme relata um dos entrevistados:

[...] a idéia era expandir o PSF para outras áreas da cidade, principalmente aquelas onde sabíamos que o acesso era mais difícil, a população mais carente (...) mas chegou um momento que ficou quase impossível porque as pessoas não queriam seguir o que era preconizado, o que era orientação do Ministério da Saúde, aí passou a ficar difícil a implantação. (Entrevistado 2)

O contexto local das comunidades aonde o PSF deveria ser implantado também dificultou, àquela época, a expansão do programa. A presença de tráfico armado limitando o trabalho das equipes na comunidade e o acesso às unidades de saúde, assim como a interferência das lideranças locais nas decisões para expansão do programa foram alguns fatores citados pelos entrevistados como barreiras das ações públicas na época.

[...] o que a gente via na época era que muitos dos PACS não decolavam porque sempre havia a interferência dos equipamentos sociais da comunidade, do tráfico, da associação de moradores. Naquela época foi muito difícil desvincular isso tudo, por isso que eu acho que o programa ficou estagnado, justamente nas comunidades que mais necessitavam desse apoio. (Entrevistado 2)

No ano de 2000 somente três comunidades receberam equipes do Programa Saúde da Família – Antares, Parque João Goulart e Mandela de Pedra. No mesmo ano, nove comunidades receberam equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde - Complexo da Mangueira, Complexo de São Carlos, Complexo do Turano, Tijuquinha, Vila Vintém, D. Jaime Câmara, Parque João Wesley, Esperança e Woodrow Pimentel.

Segundo Cazelli (2003), a escolha dos primeiros locais para a implantação das equipes do PSF e do PACS esteve relacionada com a existência de algum trabalho em saúde comunitária, estrutura física e facilidade de acesso.

Lima (2014) expõe alguns fatores relacionados ao fracasso da expansão da atenção básica no período de 1997 a 2000.

O momento que vai de 1997 a 2001 pode ser caracterizado pela franca municipalização dos hospitais federais, pela absorção de novas responsabilidades da gestão municipal com o sistema de saúde, por conflitos políticos importantes entre gestor estadual e municipal, por dificuldade de gerenciamento das novas unidades de saúde absorvidas no processo de municipalização e por resistências na adoção de um novo modelo de atenção em saúde, pautado numa atenção básica orientada pela ESF. Cabe destacar os problemas relacionados à formação e reposição de recursos humanos na área da saúde, especialmente para a atenção básica. A baixa quantidade de profissionais formados nessa área e a ausência de concurso público para esse nível de atenção também se constituíram em desafios colocados para a atenção básica do município do Rio de Janeiro (LIMA, 2014).

Em 2001, César Maia assume novamente a prefeitura do município do Rio de Janeiro e retoma a expansão do Programa Saúde da Família. Ronaldo Cesar Coelho, secretário municipal de saúde na época, elegeu o PSF como uma de suas prioridades na gestão SMS-RJ, onde a meta era implantar 150 equipes de saúde da família até 2005. Com a retomada dessa expansão, o Curso Introdutório ao Saúde da Família (CISF) começou a ganhar sua devida importância no município, dada a necessidade de capacitar os profissionais que integrariam as equipes.

O termo Curso Introdutório em Saúde da Família surgiu em 1997, quando o Ministério da Saúde publicou o primeiro Manual de Saúde da Família (BRASIL, 1997), que propõe estratégias para a reestruturação do modelo assistencial. Nesse manual, o curso introdutório ou treinamento introdutório, como tratado por alguns autores, é citado como uma das etapas da implantação do novo modelo, devendo prever a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais, além de conter atividades educacionais relacionadas à assistência, gestão e administração, devendo sempre estar adaptado à realidade local. No entanto, apenas no ano 2000, com publicação do Caderno de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, o Curso Introdutório ganha força e tem uma publicação - caderno 2 - toda dedicada à forma como o treinamento deveria ser desenvolvido pelos municípios. A garantia da qualificação do trabalho, dos resultados e da mudança das práticas depende da preparação e efetiva capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família e, por exigir uma nova prática, recomenda-se que toda ESF seja introduzida nos seus trabalhos, através de um processo específico de capacitação, o Curso Introdutório - que inaugura o necessário processo de educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2000). Além disso, esta publicação pontua todo o conteúdo programático necessário à estruturação do curso, assim como define que o mesmo seja realizado o mais descentralizado possível e com base nas necessidades locais de cada município, porém sempre preservando e respeitando os princípios e diretrizes básicas da ESF no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

Em setembro de 2002 houve a implantação da primeira fase do PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

O PROESF era uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Visava contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2014). O PROESF foi

formulado tendo como objetivos centrais a expansão da Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos; incentivar a melhoria nos processos de trabalho e no desempenho dos serviços de saúde do país, através da formação e capacitação profissional e desenvolver e aperfeiçoar a implantação de estratégias de monitoramento e avaliação.

Com base no proposto pelo PROESF, as primeiras turmas de Curso Introdutório realizadas no município aconteceram ainda em 2002 e eram voltadas para os profissionais que ocupavam cargos-chave dentro da SMS e dentro das CAPs, como os Supervisores Operacionais da SMS e os profissionais do GAT – Grupo de Apoio Técnico, que existiam em cada uma das 10 CAPs. Uma das entrevistadas descreve bem como era dividido o processo:

[...] O introdutório levava umas três semanas, tá, então o introdutório ele era composto por uma primeira semana que nós passávamos pelo psicodrama. Na segunda parte, que eram as duas outras semanas, eu me lembro até onde foi, foi no CIAD² ali no centro (...) nas duas semanas seguintes a gente trabalhava o conteúdo do introdutório posto pela portaria, e aí trabalhava as questões de visita domiciliar, planejamento e programação, o território em si, então ele era todo trabalhado por metodologias ativas, a gente tinha que trabalhar textos e trabalhava com uma série de questões que eram do rol do que o Ministério da Saúde propunha com a portaria.” (Entrevistado 4)

Todos os profissionais que foram treinados na primeira etapa atuavam como facilitadores do Curso Introdutório em suas respectivas CAPs para os profissionais que começassem a ser contratados para trabalhar nas equipes de ESF que foram sendo formadas.

[...] fui facilitadora na época do introdutório para as equipes que estavam se formando para a CAP 53 Lembro que era meados de junho de 2003, já tinham sido contratados os agentes, eram muitos pois houve uma grande expansão das equipes de PACS (...) lembro que tinha tanta gente, mais de 200 pessoas para fazerem introdutório, então ele foi realizado numa faculdade que tinha em Campo Grande, durante uma semana. O material era basicamente o mesmo que usaram com a gente, baseado em dinâmicas e nos textos que a gente leu, mas fizemos algumas reuniões apenas para azeitar ele um pouco, para ficar viável de aplicar ele para quase duzentas pessoas. (Entrevistado 3)

[...] na minha opinião, nessa época, de 2003 a 2006, era de fato um curso introdutório né? Porque as pessoas ainda não tinham iniciado no serviço, elas estavam sendo preparadas para ingressar e iniciar o trabalho. A gente tinha disponível todos os recursos audiovisuais, trabalhando com muita confecção de cartazes, trabalho em grupo, discussão de texto. (Entrevistado 2)

O PSF na cidade do Rio de Janeiro teve sua expansão nesse período marcada pelo alto grau de combatividade expresso no discurso de seus gestores e em seus cursos introdutórios

² CIAD – Centro Integrado de Atenção à pessoa com Deficiência

que pregavam a transformação radical da Atenção Básica como forma de mudança das condições de iniquidade existentes no SUS. Houve alto investimento na disseminação das ideias e no marketing do programa. Em 2003, ano em que se operou a maior expansão do programa na cidade, o curso introdutório era precedido de uma atividade de psicodrama como forma de preparar os novos integrantes das ESF para o esforço necessário para a “mudança de paradigma” a ser realizada na atenção básica da cidade (COSTA, 2008).

Em 2006, com a publicação da portaria nº 648/GM que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Curso Introdutório passou a ser considerado obrigatório para todo profissional que ingressa na Estratégia, com uma recomendação de que seja realizado em no máximo 3 meses após a sua incorporação à ESF. Em 19 de outubro de 2006 foi publicada a portaria nº 2.527 do Ministério da Saúde que define uma carga horária mínima de 40 horas para realização do curso e determina os conteúdos mínimos do Curso Introdutório:

- a) a atenção básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação;
- b) a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial;
- c) o processo de trabalho das equipes;
- d) a atuação interdisciplinar e participação popular.

Cada conteúdo mínimo tem sub-conteúdos que devem ser, obrigatoriamente, abordados no curso (BRASIL, 2006).

No município do Rio de Janeiro, não havia então homogeneidade na aplicação dos cursos introdutórios da ESF. A estruturação do material didático e o desenvolvimento do curso ficavam a cargo de cada CAP, não havendo uniformidade, apenas respeito aos conteúdos obrigatórios do curso. Muitas CAPs também desenvolviam seus cursos em menos de 40 horas, diferente do preconizado na referida portaria.

[...] as CAPs, elas foram realizando curso introdutório de acordo com suas realidades, não só a temática, mas também os modos de fazer. Então, por exemplo, a portaria ela fala que são quarenta horas, nós sempre recomendamos que as quarenta horas fossem respeitadas mas sabíamos que tinham CAPs que não respeitavam pois eram contra tirar o profissional a semana toda da unidade. Mas isso era muito ruim porque quebrava a continuidade do trabalho, do ensino-aprendizagem (Entrevistado 1).

Em 2009, já no governo do então prefeito Eduardo Paes, é vista a necessidade de se pensar em um material único a ser utilizado por todas as CAPs. Em meados de 2010 a SMS começa a pensar em um material único, construído em conjunto com a Universidade do

Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com isso, em 2011, foi publicado o primeiro Caderno de Treinamento Introdutório no município. Neste ano, a cobertura da ESF atingiu 20% da cidade. Esse caderno é pensado para dar conta da expansão em grande escala num curto período de tempo, além de uniformizar os conteúdos ministrados nos treinamentos e tornar obrigatória a recomendação de 40 horas semanais para desenvolvimento do curso.

Neste material de curso introdutório de 2011 estão descritas as 20 (vinte) competências que se esperam que o profissional desenvolva após o término do curso. De fato, as competências necessárias aos profissionais de saúde que atuam na ESF:

- a) conhecer as ferramentas para o diagnóstico comunitário;
- b) refletir sobre abordagem familiar, coletiva e de grupos;
- c) construir conceitos e práticas de Intersetorialidade e Integralidade;
- d) conhecer a metodologia da problematização a partir da realidade;
- e) discutir Políticas Públicas de saúde no Brasil;
- f) reconhecer limites na relação com os outros;
- g) praticar o exercício da cidadania;
- h) assumir responsabilidade social e sanitária;
- i) valorizar a cultura da comunidade;
- j) atuar com postura ética, humanística e democrática;
- k) integrar a equipe num processo de trabalho interdisciplinar;
- l) analisar os determinantes biopsicossociais do processo saúde doença;
- m) estimular a comunicação interpessoal;
- n) valorizar as relações humanas: escuta ativa, formação de vínculos, empatia;
- o) coordenar o cuidado familiar; realizar escuta qualificada e acolhimento ao Ser Humano;
- p) desenvolver visitas domiciliares e consulta familiar;
- q) organizar reuniões de equipe e com a comunidade;
- r) elaborar atividades de planejamento, incluindo monitoramento e avaliação;
- s) desenvolver práticas orientadas pela educação popular em saúde.

Neste material de 2011 ainda não havia nada instrumentalizado para avaliação do curso após sua conclusão pelos profissionais, assim como não existia unificação nos registros das CAPs para a SMS referente aos profissionais que realizavam os cursos.

[...] tinha profissional que já estava fazendo o introdutório pela quarta, quinta vez. Aquilo já nem fazia mais sentido pra ele, porque não existia um registro único no

município de quem já havia passado pelo introdutório, então se você trabalhava na CAP 53 e por alguma razão foi transferida para a CAP 32, aí você fazia de novo. Se saísse da CAP 32 e fosse para a CAP 40, fazia de novo, então era como se você nunca tivesse feito aquele curso quando na verdade você já tinha feito, 2, 3 até 4 vezes. (Entrevistado 2)

Nesse período o CISF passou a ser realizado com regularidade e começou a ter o apoio dos profissionais que integravam as equipes de Educação Permanente das Organizações Sociais em Saúde (OSS), que assumiram a forma de contratação dos profissionais que integravam a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Ainda nesse período, como havia uma expressiva quantidade de inaugurações de Clínicas de Família, devido a essa segunda expansão da atenção básica proposta pelo prefeito, as turmas de CISF eram realizadas no próprio espaço das clínicas, antes das inaugurações, como explica uma das entrevistadas:

[...] no início da expansão, o introdutório era algo realmente novo para aqueles profissionais. A clínica ainda não tinha inaugurado e as pessoas que iriam trabalhar nela estavam todos lá já, se conhecendo, se entrosando. A gente sentava lá, treinava todo mundo, ninguém sabia ainda qual era sua equipe, mas todos sabiam que iriam trabalhar juntos. E isso era muito bacana, todos iriam nascer junto com aquela unidade. Era muito produtivo fazer o introdutório deles, porque eles estavam no clima, estavam cheios de gás, faziam mil perguntas, compravam aquela ideia. Foi um período muito gratificante para quem trabalhava com educação permanente. (Entrevistado 3)

Este caderno foi utilizado para desenvolvimento dos Cursos introdutórios pelas CAPs até 2016, quando o material foi revisado pela equipe técnica da SMS-RJ, ainda sob a gestão do prefeito Eduardo Paes. O material estruturado em 2016 é utilizado até hoje para os cursos introdutórios aplicados às equipes de ESF e será tema do próximo capítulo dessa dissertação.

6 CAPÍTULO II - CISF NA ATUALIDADE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo apresenta uma breve revisão da PNAB e da PNEPS e uma descrição do material atualmente utilizado no CISF no município do Rio de Janeiro. Não se pretende realizar uma crítica ampla do material instituído, apenas descrevê-lo em paralelo ao que é orientado pela PNAB e pela PNEP reativo à educação permanente em saúde. O capítulo traz também uma breve discussão sobre a implementação da Carteira de Serviços do Município, assunto largamente abordado no conteúdo didático do CISF.

6.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma das políticas mais importantes na assistência à saúde no Brasil, principalmente quando se fala de promoção e prevenção à saúde. A primeira edição oficial de uma PNAB data de 2006, com a segunda em 2011 e a terceira em 2017. Segundo Baratieri (2018), a PNAB brasileira é resultado da experiência acumulada dos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores públicos envolvidos com o desenvolvimento e consolidação do SUS, após a Constituição de 1988.

A primeira edição da PNAB foi instituída através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS).

A PNAB ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e reorganização da AB (MELO, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato inicial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do

cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em 2011, com o intuito de fortalecer a consolidação da APS no Brasil, a PNAB passou por uma revisão. Segundo Morosini (2018), a PNAB revisada de 2011 buscou preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, promover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Relativo à educação em saúde, a PNAB 2011, reforçava a visão do SUS como espaço de formação e previa que até 8 horas semanais dos profissionais das ESF pudessem ser utilizadas para atividades de formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência (MELO, 2018).

Da publicação da PNAB 2011 até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na Atenção Básica, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras. No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política (ALMEIDA, 2018). Inicialmente, o processo de revisão objetivou afirmar fundamentos e diretrizes estratégicas para a PNAB, reforçando a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da AB. Um segundo objetivo foi a introdução de mudanças na perspectiva da ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade da AB, respeitando diferentes realidades (ALMEIDA, 2018).

Em 21 de setembro de 2017 é publicada a Portaria nº 2436 GM/MS com a proposta da nova PNAB.

Relativo à educação permanente e formação em saúde, a PNAB 2011 não possuía um eixo próprio. Ao longo do texto, são identificadas citações, porém, segundo Melo (2018), não versava sobre formação em saúde e estrutura física para essas ações. A PNAB 2017 cita a educação permanente e formação em saúde incorporada ao processo de trabalho das equipes, com estrutura física e ambiência adequada para tal e incorpora o ensino na saúde, destacando o papel da AB como locus de formação, pesquisa e extensão.

6.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)

A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde

(OPAS/ OMS) para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde. No Brasil, foi lançada como política nacional em 2003, constituindo papel importante na concepção de um SUS democrático, equitativo e eficiente.

A EPS constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, indo além do tecnicismo e das capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos. Porquanto, a educação permanente busca transformar as práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais (SILVA, 2011).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviços em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005).

A título de discussão neste trabalho, vamos nos ater à linha de raciocínio de que a EPS se configura, conforme afirma Ceccim (2005), no desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal dos trabalhadores de saúde.

Desde que foi instituído em 1990 como estratégia de reorientação do cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, impondo mudanças no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais do campo da saúde.

Segundo Gil (2005), tinha sido constatado que, de uma forma geral, o perfil dos profissionais formados ainda não era adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 a 1993 e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) para o Sistema Único de Saúde

(SUS) foram citadas preocupações a respeito de um perfil profissional não apropriado suficientemente para atuação em atenção integral à saúde e de práticas que visem à promoção, proteção, prevenção e reabilitação de doenças. Em decorrência disto, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica (DAB), criou os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, cujo objetivo era a integração ensino-serviço em torno de necessidades de capacitação dos profissionais de saúde da família.

Os Polos, entendidos como uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de Saúde da Família na abordagem da atenção integral, destinavam-se a promover ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente, sempre buscando reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde. Desta forma, este *pool* de instituições estaria se comprometendo com o desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde da Família e também para a Atenção Básica do SUS. Entre as ações propostas para os Polos, a realização dos cursos introdutórios visando a capacitação das equipes na lógica do PSF foi a que predominou. O aumento acelerado do número de equipes somado à alta rotatividade dos profissionais foi determinante para a priorização desta ação (GIL, 2005).

A PNEPS aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

Para Ceccim (2005) a produção da política nacional mencionada representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

A Política de Educação Permanente em Saúde é fruto de uma luta coletiva na área da saúde para que a formação dos trabalhadores torne uma política pública e um compromisso do Estado brasileiro, no sentido de contribuir para transformar o modelo de atenção e consolidar o SUS.

O conceito de EPS é definido nessa Política Nacional como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática.

No ano de 2007, o MS publicou a portaria GM/SM 1996/07 dispendo sobre as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que definiu que cabe ao MS e às Secretarias Estaduais e Municipais, no âmbito da gestão: planejar a formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; acompanhar e regular a utilização dos serviços para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos de saúde, em todos os níveis; e articular, junto às instituições de ensino, as adequações nos currículos para atenção das necessidades do SUS.

A PNEPS de 2007 tem como uma de suas questões centrais as relações entre os princípios e diretrizes do SUS, a Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, que supõe o estabelecimento de redes de cuidado, bem como “o conhecimento dos contextos e histórias de vida, assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde da população” (BRASIL, 2007).

Naquele contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece como fundamental para as transformações do trabalho que possibilitam que este setor seja um “lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005).

Para Davine (2009), a consolidação da EPS exige a superação de obstáculos, tais como: a busca por resultados imediatos; a não sustentabilidade de estratégias educativas de longo prazo; a baixa discriminação dos problemas a serem superados; a crença de que os processos educativos são meios para alcançar objetivos pontuais. Um dos desafios, portanto, é a ruptura da lógica do “modelo escolar”, que implica a reunião de pessoas em sala de aula diante de especialistas que transmitirão conhecimentos para serem incorporados às práticas de trabalho, sem considerar, muitas vezes, aspectos importantes do cotidiano das equipes.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para a mudança das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re)significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio.

6.3 MATERIAL DIDÁTICO DO CISF

A nova estrutura curricular do material didático do CISF foi construída através da atualização da literatura sobre APS e da revisão técnica e metodológica do Curso Introdutório proposto em 2011, sendo fruto do trabalho conjunto da Superintendência de Atenção Primária

à Saúde (SAP), Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (SIAP) com as demais superintendências da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), com a Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas da S/SUBG/CGP e com as Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP). A proposta do material é auxiliar os facilitadores no trabalho de mediação pedagógica, de forma que todos os profissionais desenvolvam experiências semelhantes ao realizarem o CISF em qualquer CAP no município do Rio de Janeiro. Publicado originalmente em 2016, o material ganhou acréscimos de conteúdo em 2017, tais como: Consultório na Rua; Atribuições dos Gestores de Unidades de Atenção Primária; Regulação Ambulatorial e Colegiado de Gestão Participativa.

O material didático a ser utilizado tanto pelos facilitadores (Caderno do Facilitador) quanto pelos alunos (Caderno do Aluno) é disponibilizado para consulta no site da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV), assim como todas as aulas, separadas por temas, e vídeos pedagógicos a serem utilizados durante o curso.

O público alvo do CISF são todos os profissionais que compõem a equipe de atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como: médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; agente comunitário de saúde; agente de vigilância em saúde e de combate às endemias; cirurgião dentista; técnico em saúde bucal; auxiliar em saúde bucal; técnico em farmácia; farmacêutico; administrativo; gerente; integrantes das equipes de consultório na rua e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Um diferencial desse curso e que não existia nos demais é a avaliação com instrumentos denominados pré e pós-testes. Segundo a SMS (SMS, 2017), este instrumento tem a finalidade de identificar se o curso possibilitou ampliar o conhecimento dos participantes sobre o conteúdo da formação. No primeiro dia do curso, os participantes recebem um questionário estruturado contendo 15 perguntas com 4 opções de resposta, e no último dia ele responde o mesmo questionário e as respostas corretas são apresentadas e discutidas com o facilitador do curso. Desta forma, caso haja alguma dúvida dos participantes quanto ao gabarito da questão, o conteúdo pode ser revisto e a dúvida sanada no mesmo momento. O objetivo da realização dos testes é avaliar o conhecimento adquirido, além de auxiliar os facilitadores observarem o processo de desenvolvimento de cada turma. Os resultados dos testes não influenciam na certificação do curso.

No Caderno de Treinamento de Curso Introdutório (2000) alguns parâmetros foram desenhados para que as equipes pudessem elaborar um material de Curso Introdutório, dentre eles: a elaboração dos objetivos de aprendizagem; identificação de métodos e técnicas de ensino-aprendizagem e estruturação do treinamento. No entanto o parâmetro “definição de

instrumentos e formas de avaliação dos participantes e do curso” só foi efetivamente instituído de forma unificada em todas as CAPs do município no material atual.

É importante que os participantes sejam avaliados mediante algum instrumento de aferição de conhecimento adquirido, considerando-se também a assiduidade e a qualidade da participação nas atividades educativas. Também é fundamental que o Treinamento seja avaliado pelos treinados no que se refere a conteúdo, metodologia, infra-estrutura, instrutores, dentre outros aspectos (BRASIL, 2000, p.04).

Para que o profissional receba o certificado de participação no CISF é necessário que ele possua uma frequência mínima de 75% nos encontros.

A seguir, faremos uma apresentação dos materiais didáticos utilizados no CISF.

6.3.1 Manual do Facilitador

O Manual do Facilitador² tem como objetivo orientar o processo de ensino-aprendizagem e definir as metodologias a serem utilizadas durante o decorrer do curso, além de definir a carga horária total de 40h/semanais, conforme propõe a portaria MS nº 2.527, e definir limite de alunos por turma (máximo de 20).

No que diz respeito às metodologias de ensino-aprendizagem, propõe-se a Problemática e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou PBL). Está descrito no manual do facilitador:

As experiências de ensino-aprendizagem estão organizadas de modo a favorecer o desenvolvimento integrado de capacitações em ação, de maneira a permitir a reflexão-na-ação e a mobilização de saberes no contexto da ação. Essa orientação pressupõe um espaço de mediação dos saberes, que permita ao profissional formado continuar aprendendo. Os encontros estão organizados de modo articulado e contínuo, buscando o desenvolvimento de capacidades para o trabalho colaborativo em equipe e a vivência de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (SMS, 2017, p.09).

Largamente indicadas neste manual, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem surgem, no campo da saúde, relacionadas à necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde frente à inadequação para se responder as demandas sociais, considerando outro modelo de atenção à saúde. CYRINO (2004) cita que as instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde.

O trabalho com metodologias ativas de ensino-aprendizagem favorece a interação constante entre os estudantes. O ato de ensinar-aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento. O estudante precisa assumir um papel cada vez mais ativo, descondicionando-se da atitude de mero receptor de conteúdos, buscando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem. Iniciativa criadora, curiosidade científica, espírito crítico-reflexivo, capacidade para auto avaliação, cooperação para o trabalho em equipe, senso de responsabilidade, ética e sensibilidade na assistência são características fundamentais a serem desenvolvidas em seu perfil (KOMATZU, 1998).

Dentro das metodologias problematizadoras, a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) são duas propostas distintas que “trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender” (BERBEL, 2011).

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (CYRINO; PEREIRA, 2004). De acordo com Berbel (2011), na problematização, o sujeito percorre algumas etapas e, nesse processo, irá refletir sobre a situação global de uma realidade concreta, dinâmica e complexa, exercitando a práxis para formar a consciência da práxis.

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é uma metodologia inspirada na Escola Nova, que acredita ser a educação o único meio realmente efetivo para a construção de uma sociedade democrática. A ABP baseia-se na perspectiva construtivista de Piaget e sua “intenção é promover a integração dos conteúdos utilizando diferentes processos mentais e ultrapassando a memorização de diagnósticos baseados em sinais e sintomas” (CYRINO; PEREIRA, 2004).

A metodologia da ABP consiste em desenvolver a competência profissional e a autonomia em relação à construção do próprio saber. O processo se dá a partir de “situações-problema”, isto é, de relatos problematizadores da prática; os alunos procedem a uma reflexão coletiva (em pequenos grupos) sobre um problema da prática narrado na situação, retiram do

debate questões de aprendizagem e, em seguida, fazem uma busca qualificada de conhecimentos novos que fundamentem as soluções dos problemas debatidos. A reflexão acerca dos novos conhecimentos pesquisados é transformada em narrativa que dá visibilidade e traduz esclarecimentos sobre as questões da prática ali colocada com intenção de transformá-la. Numa visão ampliada acerca do aspecto pedagógico que envolve um novo tipo de atuação de todos os atores envolvidos, essas estratégias educacionais podem se inserem no processo de Educação Permanente em Saúde.

O Manual do Facilitador descreve que o papel do facilitador é ser um mediador do processo de ensino-aprendizagem, tendo os seguintes princípios: comprometer-se com a educação como forma de intervenção no mundo; promover a curiosidade e a criticidade; respeitar a autonomia do aluno; mostrar responsabilidade, tolerância e bom senso; integrar a palavra ao ato; preservar ambiente estimulante e respeitoso; ouvir e encorajar a participação de todos; favorecer o desenvolvimento de capacidades; verificar a compreensão de todos acerca do assunto em pauta; estimular o desenvolvimento do pensamento crítico e estratégico.

O perfil para ser elegível como facilitador do CISF é baseado nos seguintes critérios: possuir nível superior com formação na área de saúde ou educação; possuir experiência docente; ter habilidade para utilizar computadores e recursos de conectividade; ter disponibilidade de dedicação à carga horária exigida; experiência em educação de adultos; experiência em educação permanente; título de especialista em saúde e/ou educação.

Todos os encontros são descritos etapa por etapa no manual e devem ser espaços para reflexão e exercício da capacidade crítica:

[...] apoiados nas próprias trajetórias e acumulações, os encontros favorecem a troca de experiências e de valores que permitam aos alunos depararem-se com nós críticos e encontrarem ferramentas que possibilitem a mudança qualificada de processos de trabalho (SMS, 2017, p.12).

O manual descreve orientações para os facilitadores do primeiro ao último dia, divididos em turnos (manhã e tarde); há objetivos indicados e atividades a serem desenvolvidas para atingirem estes objetivos. Resumidamente, podemos apresentar a estrutura do curso dividida da seguinte forma:

- a) Primeiro dia: apresentação do curso e dos facilitadores; integração com a turma; articulação em grupo dos profissionais que compõem as equipes; integração da equipe promovendo acolhimento e escuta de expectativas e desafios do processo de trabalho; construção coletiva do contrato de convivência a ser seguido durante o curso; aplicação do pré-teste;

apresentação das políticas públicas e sua expressão na realidade do município do Rio de Janeiro; apresentação do trabalho da Atenção Primária a Saúde e discussão com o vivenciado na rede municipal de saúde e como se dá a inserção do profissional na rede de APS.

- b) Segundo dia: discussão sobre mapeamento territorial e construção de um diagnóstico coletivo/situacional e de saúde sobre o mesmo; apresentação dos serviços e rede de apoio referente a cada CAP; apresentar os mecanismos formais de comunicação entre as redes; apresentar conceitos-chave e diretrizes institucionais aplicáveis à organização do acesso na APS; discussão sobre organização do processo de trabalho; reflexão de APS como ordenadora de rede e coordenadora do cuidado; discussão das competências dos profissionais da ESF.
- c) Terceiro dia: conceituação de trabalho em equipe; importância da reunião de equipe e planejamento semanal; importância do registro na ESF; discussão sobre a importância de fichas de cadastro e acompanhamento; discussão do Registro Orientado por Problemas; discussão da Carteira de Serviços e resolutividade na ESF; clínica ampliada e NASF; coordenação do cuidado; regulação ambulatorial e suas ferramentas.
- d) Quarto dia: apresentação de caso clínico e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS); abordagem da temática de orientação familiar, com conceituação de família e discussão de configuração familiar; visita domiciliar; definição de linhas de cuidado e suas atuações; problematização do cuidado em diferentes fases do ciclo vital; conceituação de Vigilância em Saúde explicitando seus componentes e sua relação com a integralidade do cuidado.
- e) Quinto dia: discussão sobre os contratos de gestão; indicadores do contrato de gestão; conceituação de Informação e Sistemas de Informação; apresentação de Sistemas de Informação em Saúde; discussão sobre a importância dos registros em prontuário eletrônico; apresentação das práticas educativas como ferramentas de trabalho para construir coletivamente o cuidado em saúde e auxiliar as ações nos territórios; apresentação da Caderneta do Usuário; discussão sobre a importância do Controle Social e Educação Popular em Saúde e suas possibilidades na ESF; aplicação do pós-teste.

O Manual do Facilitador³ tem por objetivo orientar a organização e o desenvolvimento do CISF de acordo com o estabelecido na portaria e os atributos essenciais e derivados da APS definidos por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção (atributos essenciais), orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (atributos complementares).

Figura 1 – Capa do Manual do Facilitador



Fonte: SMS-RJ, 2017.

6.3.2 Caderno do Aluno

O Caderno do Aluno⁴ também faz parte do material didático elaborado para o CISF dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Lá se explicita que o curso objetiva qualificar os profissionais que ingressam na Atenção Primária à

³ Manual do Facilitador disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/01Projeto_livro_ManualdoFacilitador_A5_web

⁴ Caderno do Aluno disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/02CadernodoAluno_web

Saúde, para que ampliem sua visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual estão inseridos (SMS, 2017).

Assim como o Manual do Facilitador, o Manual do Aluno também foi elaborado seguindo os requisitos expostos na Portaria GM nº 2.527.

O curso pretende ser um dispositivo formativo para a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, aproximando-as dos conceitos e das práticas que esta estratégia requer, permitindo a integração das ações das equipes com aquelas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as priorizadas pela Carteira de Serviços da Atenção Primária, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Valoriza-se o desenvolvimento de boas práticas clínicas por parte dos profissionais, integradas com ações que fortaleçam a educação popular, a gestão participativa e o exercício real do controle social por parte das comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

O curso está organizado a partir de 04 (quatro) eixos, conforme a portaria GM nº 2.527:

- a) Eixo 1: A Atenção Primária no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação;
- b) Eixo 2: A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial;
- c) Eixo 3: O processo de trabalho das equipes; e
- d) Eixo 4: A atuação interdisciplinar e participação popular.

A estruturação e sistematização dos eixos foram realizadas a partir das sugestões e reflexões dos membros de cada Coordenação Geral de Atenção à Saúde (CAP) e representaram um compilado de situações e reflexões vivenciadas durante outros cursos introdutórios, além de agregarem toda a necessidade de atualização, selecionando os temas de forma a desenvolver as competências desejadas nos profissionais.

No mais, todo o conteúdo disposto no Caderno do Aluno, segue a estruturação já exposta no Manual do facilitador, ou seja, dividido em dias e os dias em turnos de atividades.

Figura 2 – Capa do Caderno do Aluno



Fonte: SMS-RJ, 2017.

6.4 CARTEIRA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Carteira de Serviços⁵ é o documento ordenador da APS no âmbito municipal, revisando e definindo normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária. Seu conteúdo abrange a organização dos serviços na atenção primária, com diretrizes para organização local e para gestão das equipes de saúde, e o conjunto das atividades assistenciais realizadas na atenção primária. Tem como objetivos contribuir para diminuição de iniquidades na oferta de ações e serviços, ampliação da abrangência e melhoria da qualidade da atenção primária (SMS – Florianópolis, 2014).

A Carteira de Serviços é um instrumento que define o rol de serviços permitindo explicitar, por um lado, a gestores, profissionais e, por outro, aos usuários, o elenco de

⁵ A carteira de serviços de Florianópolis, publicada em 2014, foi uma das primeiras a serem implantada no Brasil e possui uma boa descrição (que não há na do RJ) sobre a importância desse documento para as ações da Atenção Básica.

serviços disponíveis, esclarecendo compromissos e expectativas (VILLALBÍ, 2003). Busca ainda orientar, qualificar e padronizar a oferta de serviços na Atenção Primária, adotando uma visão não apenas assistencial, mas também do ponto de vista da integralidade do cuidado (SALAZAR et al., 2017).

O município do Rio de Janeiro é considerado um dos pioneiros na construção da Carteira de Serviços (CS). Com a aceleração da expansão da ESF de 2009 a 2016, quando a cidade do Rio de Janeiro passou de 194 para 945 equipes implantadas, correspondendo a ampliação de cobertura de 7% para 51%, houve a necessidade de se nortear as ações dessas equipes.

A Secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) publicou, em agosto de 2010, um guia de referência rápida, denominado “Carteira de Serviços – Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde”⁷. Este documento, direcionado aos gestores e profissionais da saúde, pretendeu ser uma inovação gerencial, visando nortear e capitalizar as ações de saúde na APS oferecidas à população do município do Rio de Janeiro. Sua construção se deu de forma participativa, envolvendo gestores da SMS-RJ, assim como coordenadores de nível intermediário. Nessa ferramenta, as ações em saúde estão organizadas segundo linhas de cuidado e sua implantação é incentivada por um sistema de pagamento por desempenho (SALAZAR et al., 2017).

Neste trabalho optou-se por utilizar a versão da Carteira de Serviços da SMS-RJ⁶ direcionada aos profissionais de saúde e que está disponível na página da SMS-RJ. Esta carteira contém 127 páginas e está organizada de acordo com os seguintes eixos estruturantes:

- a) Organização do serviço;
- b) Atenção centrada no adulto/idoso;
- c) Atenção centrada na criança/adolescente; Saúde mental; Saúde bucal;
- d) Vigilância em saúde;
- e) Promoção da saúde;
- f) Procedimentos/cirurgias ambulatoriais;
- g) Manejo de situações de urgência/emergência; e
- h) Carta dos direitos dos usuários de saúde.

⁶ Publicada em três versões - versão profissionais, versão população e versão panfleto. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>>

Em cada eixo temático são descritas e padronizadas as atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. Além disso, a CS também apresenta a Carteira Opcional, composta por serviços ou procedimentos classificados como facultativos.

Atualmente ainda não se tem uma Carteira de Serviços implementada pelo Ministério da Saúde. As Carteiras de Serviços de Saúde existentes são locais, como as dos municípios de Florianópolis, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre e Natal, pioneiras na construção e implementação. O Ministério da Saúde tem em curso uma proposta de construção de uma “Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira”, que seria orientadora para todos os municípios. Em novembro de 2019 foi aberta uma chamada pública para o envio de contribuições à proposta apresentada pelo Ministério da Saúde.

A Carteira de Serviços está contemplada na PNAB de 2017, que implementa a lista de serviços essenciais e ampliados em saúde a serem realizados pela AB. A discussão sobre a Carteira de Serviços em Saúde foi incorporada com base em informações produzidas nos ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado em nível nacional no período de junho a setembro de 2012. Dados do PMAQ-AB evidenciaram que uma parcela expressiva das equipes de saúde não tem ofertado ações consideradas essenciais e típicas da atenção básica.

Ainda que em alguns estudos, como os de Ney (2015) e Salazar (2018), afirmem que a implantação de uma Carteira de Serviços de Saúde contribui para a diminuição das iniquidades na oferta de ações e serviços da atenção básica, outros estudos, como os publicados por Morosini 2017 e 2018, criticam a inovação, definindo-a como um descompromisso com o princípio da integralidade, tangencia configurações em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Uma vez que o município possui uma CS implementada ele destina à AB um rol de serviços que antes só era possível acessar a partir da atenção secundária. No entanto, para que todas os procedimentos descritos na Carteira de Serviços possam ser implementados pelas ESF e desenvolvidos pelos seus profissionais há a necessidade de instrumentalização destes, principalmente os médicos, uma vez que existem procedimentos a serem executados de difícil aceitação pelo médico generalista, como é o caso, por exemplo, da inserção de DIU e da lavagem de ouvido, procedimentos que encontram ainda muita resistência de realização entre os médicos generalistas nas ESF.

Figura 3 – Capa da Carteira de Serviços de Saúde do MRJ



Fonte: SMS-RJ, 2010.

7 CAPÍTULO III – PERCEPÇÃO DOS GERENTES DAS UNIDADES DE SAÚDE SOBRE OS PROFISSIONAIS EGRESSOS DO CISF

Este capítulo aborda a percepção dos gerentes/diretores de unidades de saúde sobre o CISF e os profissionais egressos desse curso. Nesta etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturada com 04 perguntas sobre. Após a transcrição, todas as entrevistas foram utilizadas na análise.

A categorização das respostas é condizente com os objetivos traçados no estudo, e as categorias foram elaboradas com base nas questões norteadoras contidas no roteiro de questões. Foram construídos três núcleos temáticos:

- a) CISF como disparador de conhecimento na ESF;
- b) CISF como primeiro contato com a Educação Permanente;
- c) Metodologia do curso como propulsor de adesão ao CISF.

7.1 CISF COMO DISPARADOR DE CONHECIMENTO NA ESF

Aqui buscamos compreender como os gerentes percebem a importância do CISF para os profissionais de saúde que iniciam na ESF e de que forma o curso contribui para a formação destes. As respostas estão analisadas em quatro partes: 1) o CISF como modelo de capacitação de profissionais 2) a importância do CISF ser realizado no início do trabalho na APS; 3) as deficiências na formação para atuação na APS, quando não há formação específica para atuação, como no nível médio e técnico, ou quando a formação superior é pautada no modelo biomédico; 4) a sensibilização dos profissionais para o processo de trabalho da ESF.

Como citado anteriormente, o CISF é uma estratégia indicada na PNAB, para qualificar os profissionais que ingressam na APS, mais especificamente, a ESF, e visa instrumentalizá-los para trabalhar nas equipes da Saúde da Família e os aproximar dos conceitos e práticas que esta requer. O reconhecimento do CISF como um disparador de conhecimento para os profissionais fica bem evidente na fala de alguns deles:

No curso introdutório, os profissionais recebem as noções básicas do funcionamento da saúde da família como um todo, porque nem todo mundo que trabalha na saúde da família teve curso de formação (Gestor 2).

[...] é a única capacitação que é garantida por uma portaria e é reafirmada em outras. Tipo, você pode deixar de oferecer qualquer capacitação para o profissional, mas curso introdutório todos precisam fazer, é o básico (Gestor 1).

[...] para aqueles profissionais que não tiveram uma experiência, uma vivência com a atenção primária é o primeiro contato desse mundo, desse novo modelo de cuidado, então acho muito importante para esse profissional que chega na Estratégia (Gestor 6).

No que se refere à Estratégia Saúde da Família, os trabalhadores de nível médio/técnico e fundamental possuem um papel muito importante no desenvolvimento de políticas, programas, estratégias e ações de saúde.

Segundo Morosini (2010) os agentes comunitários de saúde (ACS) são um grupo de trabalhadores bastante representativo dessa situação. A criação ainda recente da função e a trajetória de luta pela profissionalização dos ACS guardam relações importantes com questões centrais do trabalho e da educação no SUS, principalmente quanto às políticas de vinculação e às políticas de formação.

Ainda que a existência de agentes de saúde seja antiga, a profissão foi criada na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002. De acordo com o art. 2º:

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (BRASIL, 2002, p.01).

Na Estratégia Saúde da Família, o ACS é o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas, tais como: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas. O ACS deve atuar nos processos de atenção e educação em saúde, vigilância, e ser sempre um mediador entre o paciente e sua equipe de saúde. Entretanto, a formação profissional desses ACS é precária, muitas vezes se restringe à capacitação em serviço, realizada pela enfermeira da equipe.

Na portaria n. 1.886, de 1997, que aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, nos itens 8.7 e 8.9, referentes à capacitação dos ACS, encontra-se o seguinte:

8.7 - A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. [...]

8.9 - O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território (BRASIL, 1997ª, p. 03).

Desde a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, até o início do período de formulação da política de formação dos ACS em 2003, a formação desses trabalhadores esteve sob a responsabilidade exclusiva do enfermeiro de equipe.

Esses elementos reunidos caracterizaram a formação predominante dos ACS, como uma qualificação então classificada como de nível básico da educação profissional não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação (MOROSINI, 2010).

Profissional que não tem nenhuma experiência com atenção primária, aí eu falo especialmente do nível médio, ACS e técnicos, por exemplo, eles têm a oportunidade, no curso introdutório, de ter o primeiro contato com a atenção primária, com o SUS e isso dá a eles uma condução, dá a eles um norte pra seguir (Gestor 6).

[...] os ACS algumas vezes até sabem do que se trata o Saúde da Família, porém não possuem real dimensão de como ele se encaixa na rede de cuidado, eles não tiveram isso na sua formação [...] (Gestor 10).

Para os gestores participantes do estudo, o CISF possui o papel de fornecer subsídios básicos para o trabalho em uma unidade de saúde, principalmente para essa parcela de profissionais, como podemos perceber nos discursos abaixo:

[...] quando o ACS chega numa unidade de saúde para trabalhar ele vai precisar muito de suporte, porque ele tem uma vivência dele, do território que ele mora, das crenças dele, que tem que ser respeitadas, mas não necessariamente tem correlação com a saúde, e isso tem que ser acompanhado para que ele possa se encaixar o novo papel que ele terá dentro do território (Gestor 1).

O impacto que o curso introdutório tem na prática do profissional é muito notório quando falamos dos ACS e técnicos de enfermagem, porque o introdutório te passa muitos conceitos de saúde que não são da vivência deles. Os ACS, nossa, eles se sentem extremamente valorizados quando fazem o curso, porque eles se sentem parte daquela estrutura e o cuidado que eles têm com a visita domiciliar melhora muito (Gestor 4).

Relativo à formação dos profissionais de ensino superior as opiniões dos gestores são congruentes, uma vez que entendam que estes profissionais chegam às unidades com o mínimo de entendimento sobre a estratégia saúde da família, a despeito da formação da maioria desses profissionais ainda ser pautada muito no saber biomédico, curativo, e que muitos não têm noção da especificidade e da complexidade do trabalho na APS.

[...] a maioria dos profissionais de nível superior quando chegam na unidade, às vezes até sabem o que é, como funciona, mas não entendem a complexidade daquilo, não sabe o que é redes de atenção, não sabem o que é uma carteira de

serviços, o que é participação popular, enfim, todas essas coisas que são passadas no introdutório. (Gestor 7)

A grande maioria dos médicos que chegaram para trabalhar na minha unidade quando ela inaugurou sabia o que era a estratégia, porque em algum momento da faculdade tiveram contato com ela, mas nenhum deles sabia como era exercer a função de médico de família, não tinham noção do trabalho a ser desenvolvido. O curso introdutório fez diferença pra esses. (Gestor 6)

Ferreira (2010) pontua que na educação dos profissionais de saúde se observa a formação generalista como tradicionalmente pouco valorizada. No caso da medicina, desenvolveram-se inúmeras especialidades que provocaram um forte impacto na organização da prática médica, fragmentando as intervenções e desestimulando a aquisição de conhecimentos científicos comuns.

Na graduação, cada vez mais os conteúdos especializados permeiam os currículos, multiplicando-se disciplinas, conteúdos e tempos. Perdeu-se o conhecimento generalista das ações em saúde e substituiu-se cada vez mais o subjetivismo da relação profissional de saúde-paciente pela objetividade tecnológica das ciências da saúde (FEUERWERKER, 2002).

Conforme defende Gil (2005), a questão dos recursos humanos está intimamente relacionada ao modelo de atenção adotado, ou seja, na vigência de um modelo de atenção baseado nos princípios da promoção da saúde e no fortalecimento da atenção básica, que assume a saúde da família como estratégia prioritária para se alcançar um padrão satisfatório de saúde, fazem-se necessários profissionais de saúde que desenvolvam vínculos com a comunidade.

Os profissionais de nível superior, por exemplo, eles conhecem o Saúde da Família que está ali na lei, no livro, mas elas não sabem o que é trabalhar tendo uma carteira de serviços pra seguir, por exemplo. Não sabem o que é trabalhar tendo que regular uma vaga zero ou um Sisreg por exemplo. No introdutório eles vão ter pelo menos a noção de como isso funciona dentro da rede que ele está inserido. (Gestor 2)

[...] Qual é o lugar que você vai sentar ali durante 01 semana e aprender o básico do SUS? Aprender como funciona a rede na qual você se dispôs a trabalhar? Quem vai falar pra ele sobre participação popular? Carteira de serviços? Conselho gestor? Só o introdutório mesmo. (Gestor 5)

Outra questão muito presente na fala dos gestores é sobre o tempo que o profissional leva entre chegar na unidade de saúde e realizar o CISP.

Conforme recomendado na portaria nº 648/GM, o curso introdutório deveria ser realizado em no máximo 3 meses após a incorporação do profissional à ESF, no entanto, na

maioria das vezes não se consegue cumprir esse prazo, fato esse que faz toda diferença no processo de trabalho dos profissionais.

Quando o curso introdutório é realizado antes do profissional entrar na unidade, ele tem um impacto maior [...]. (Gestor 5)

[...] o curso para ser introdutório deveria ser realizado no momento que o profissional chega na unidade, que ele está aí meio perdido ainda [...] o profissional não pode esperar muito pra fazer o curso, senão a rotina engole ele. (Gestor 7)

Não adianta querer fazer curso introdutório para o profissional que já está há 03 anos no serviço. (Gestor 9)

Mendonça (2009) indica que o processo de capacitação deve ser concomitante à formação e início do trabalho das equipes, tendo no curso introdutório um meio de educação permanente para todos os profissionais.

No Caderno de Atenção Básica publicada no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, único totalmente dedicado ao curso introdutório, o MS pontua bem claramente qual é o objetivo da realização de Cursos Introdutórios e a que eles se propõem:

A garantia da qualificação do trabalho, dos resultados, da mudança das práticas depende da preparação e efetiva capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Por exigir uma nova prática, recomenda-se que toda ESF seja introduzida nos seus trabalhos, através de um processo específico de capacitação (BRASIL, 2000, p.05).

Na análise das transcrições fica evidente a percepção dos gestores de que o CISF é um curso com o propósito de introdução, de capacitação para o serviço, não sendo um curso que tem por objetivo desenvolver ou mudar competências; tampouco eles esperam isso dos profissionais egressos de curso:

[...] Não acho que ele contribui para a formação, porque formação é uma palavra muito forte, mas acredito sim que ele cumpre bem o papel dele, que é introduzir conhecimentos sobre saúde da família, como funciona, quais os dispositivos da rede que o profissional pode utilizar, que é o que ele se dispõe a fazer. (Gestor 8)

[...] O curso introdutório não contribui para formação, porque um curso de 40 horas não forma ninguém, mas ele dá um norte para o profissional de como funciona o Saúde da Família. Ele capacita aqueles profissionais para trabalhar na estratégia, porque as pessoas podem até saber o que é o Saúde da Família, atribuições etc, mas como tudo isso funciona dentro de uma rede, só no curso introdutório mesmo. (Gestor 5)

Sarreta (2009) indica que:

As proposições atribuídas pelo Ministério da Saúde, para o treinamento introdutório, são entre outras, a flexibilidade em buscar uma adequação entre recursos disponíveis e a necessidade das equipes, a sensibilização dos profissionais para desenvolver um trabalho em parceria com a comunidade e a possibilidade dos mesmos apreenderem e compreenderem os indicadores do sistema de informação da atenção básica (SIAB). Posto isto, considera-se que a realização destes cursos permitiu a instrumentalização das equipes para a organização inicial do seu processo de trabalho, compreensão ampliada do processo saúde-doença e possibilidade de intervir nas práticas assistenciais.

Há uma certa unanimidade na percepção de que a maioria dos profissionais que passam pelo CISF retornam às unidades mais sensibilizados com as questões com as quais a ESF se dispõe a trabalhar; é muito nítida essa percepção nas falas dos gestores:

Todos os meus funcionários que fizeram o curso introdutório voltaram com um olhar diferente para o processo de trabalho, mais sensível para alguns aspectos [...] eles voltam mais engajados, com mais gás para trabalhar. (Gestor 3)

[...] A maioria dos meus profissionais que fizeram o curso introdutório votaram, pelo menos, com um pensamento diferente. Tão diferente que uma vez tive um médico que pediu demissão logo depois de voltar do curso, disse que aquilo não era pra ele. (Gestor 4)

Nunca vi ninguém não sair transformado do curso, não sair pensando que quer fazer do jeito que foi ensinado, não dando valor aos ensinamentos praticados. Por mais difícil que o profissional seja é impossível ele assistir um curso por 40h e não se sentir modificado. Se ele não se sentir modificado, ele vai pular fora, porque não é fácil fazer saúde da família. (Gestor 5)

Os profissionais que participam do curso introdutório sempre saem mais motivados e veem sentido no trabalho deles [...] fui facilitadora em muitas turmas de curso introdutório e sempre perguntávamos qual a expectativa deles no primeiro dia de curso e no final, o que os profissionais estavam levando. Sempre tivemos respostas positivas de motivação e renovação para o processo de trabalho. (Gestor 7)

Já em relação a mudanças no processo de trabalho de seus profissionais, parece visível, pelas falas dos entrevistados, os limites do curso:

Eu percebia uma mobilização, uma percepção melhor de como eles poderiam fazer o trabalho, poderiam produzir trabalho dentro da unidade de saúde, mas eu não consegui perceber um impacto maior da atuação profissional em si. (Gestor 8)

A maioria volta com vontade de trabalhar, de fazer o melhor pra poder dar certo. Depois, no dia a dia, nas dificuldades, na sobrecarga que a rotina deles produz, isso se perde um pouco. (Gestor 9)

Os profissionais voltam do introdutório sabendo lidar melhor com as coisas que o saúde da família traz, com as coisas que ela vai ter que lidar, mas se eu disser que

vejo mudanças significativas no atendimento do dia a dia, é mentira. Vejo muito pouco. (Gestor 10)

Dificuldades da rede de atenção e sobrecarga de atendimento também influenciam fortemente a atuação dos profissionais nas unidades de saúde, a despeito deles passarem por capacitações e conhecerem o processo de trabalho da estratégia.

7.2 - O CISF COMO PRIMEIRO CONTATO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nesta parte são apresentadas as considerações dos gestores sobre o papel do curso introdutório como primeiro contato do profissional com a educação permanente em saúde (EPS).

Os gestores entrevistados pontuaram que, apesar do CISF ser uma potente ferramenta de capacitação para as questões do SUS e da Saúde da Família, ele apenas fornece conceitos básicos.

[...] O introdutório é um disparador de conhecimento, ele precisa de continuidade. (Gestor 9)

De uma forma geral, os conteúdos específicos de cada categoria necessitariam ser melhor trabalhados justamente na EPS. EPS é uma ação pedagógica prevista em uma política de governo e adotada para focar o cotidiano do trabalho em saúde, “realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (BRASIL, 2004).

Trata-se de um conceito complexo e controverso, com diversas linhas teóricas de apoio, além de ser uma Política de Estado ajustada por governos desde 2004. Neste trabalho assumimos que a EPS se destina à transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção em saúde, para que a atenção integral seja a referência do trabalho visando à autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

A EPS que supomos busca a formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, e que considere a realidade social para oferecer atendimento ético, humanizado e de qualidade, contribuindo para a qualidade do atendimento, conforme análise de Bertani (2008).

Para os entrevistados, é como se o CISF fosse o início de uma trajetória educacional no trabalho e orientada pela EPS:

O curso introdutório ele cumpre bem seu papel e ponto. A gente precisava que a educação permanente não acabasse ali, ela tinha que continuar depois que esse profissional retorna para a unidade [...] o profissional quando retorna para a unidade e vota as suas tarefas, ele vai tendo outras dúvidas, ele necessita de outras capacitações. (Gestor 7)

O introdutório não forma ninguém, ele auxilia na capacitação dos profissionais, então ele não se basta, é necessário investir na educação permanente dos profissionais. (Gestor 2)

Pela Política de EPS de 2004, a saúde tem o desafio de incorporar o processo educativo ao cotidiano de trabalho. Dessa perspectiva, a educação permanente estimularia a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS – da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde. A construção desse aprendizado é necessária para um novo modo de fazer saúde (SARRETA, 2009)

Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, desta perspectiva, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas, dos nós críticos que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Esse processo permite a reflexão sobre o mundo do trabalho na área da saúde, sendo que essas dificuldades, ou problemas, são objetos da Política de EPS (SARRETA, 2009).

O curso introdutório sozinho nunca vai se bastar, é necessário continuar com a educação permanente. Não basta só saber que na estratégia se trabalha em equipe, com um território adscrito, trabalhar a integralidade do cuidado, o vínculo, o acesso. Hoje a estratégia é muito maior que isso, a gente trabalha com milhares de coisas que quando o PSF nasceu ninguém nem falava. (Gestor 10)

Acho o curso introdutório excelente, mas para o profissional saber aquele básico, um curso de 40h não tem como se propor a oferecer mais que isso. Ele é só o início, só introduz o assunto. Cabe a nós, gestores, procurarmos oferecer a eles uma educação permanente como parte do processo de aprimoramento do processo de trabalho. (Gestor 4)

Assinala-se que, no contexto atual, os Cursos Introdutórios ainda se apresentam como uma etapa extremamente válida para uma primeira aproximação com a filosofia da ESF, porém se reconhece a necessidade de maior aprofundamento através da educação permanente.

A EPS valoriza a aprendizagem no trabalho, faz a articulação do “quadrilátero” do SUS – trabalhadores, usuários, formadores e gestores –, para construir compromissos com a transformação do modelo assistencial, com o objetivo de desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção (SARRETA, 2009).

7.3 METODOLOGIA DO CURSO COMO PROPULSOR DE ADESÃO AO CISF

Aqui são apresentadas as considerações dos gestores sobre as metodologias usadas no CISF. Não se pretende realizar uma discussão sobre as metodologias utilizadas em outros modelos de curso introdutório, mas apresentar, a partir da percepção dos gestores, como a metodologia aplicada fez diferença na adesão do profissional ao curso.

Atualmente, o material didático fornecido para aplicação do CISF no município do Rio de Janeiro tem seu processo de ensino-aprendizagem todo pautado nas metodologias ativas.

No Brasil, em uma retrospectiva da aplicação da Metodologia Ativa, já discutida no capítulo 2 desta pesquisa, identificamos que o seu uso na educação formal é algo recente, a partir dos anos 2000, com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, para os Cursos de Graduação em Saúde, com o intuito de buscar uma formação dos profissionais de saúde orientada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na aplicação das metodologias ativas, o professor, tutor ou facilitador deve ser um o mediador do processo de ensino-aprendizagem, devendo respeitar os saberes prévios dos alunos, incentivar a reflexão crítica sobre a prática profissional, estando aberto a aceitação de novas propostas e opiniões de forma a favorecer o desenvolvimento de competências.

100% dos meus profissionais que foram fazer o novo introdutório voltaram muito motivados [...] acredito que isso está muito relacionado com a forma como o conteúdo foi apresentado a eles, as dinâmicas que aconteceram, a maneira como se falava sobre atenção primária, saúde da família, os grupos de trabalhos formados e o que eles produziram ali [...] a maneira como os facilitadores conduziram o curso auxiliou na motivação dos profissionais. (Gestor 6)

O introdutório só dá certo se tiver professores que saibam conduzir o curso, saibam prender a atenção, saibam trabalhar a metodologia de uma forma leve, integrada com a realidade. Acho que isso é o que faz a diferença. (Gestor 9)

Os encontros do Curso Introdutório em Saúde da Família foram concebidos como espaços para a reflexão e o exercício da capacidade crítica. Apoiados nas próprias trajetórias e acumulações, os encontros favorecem a troca de experiências e de valores que permitam aos alunos depararem-se com nós críticos e encontrarem ferramentas que possibilitem a mudança qualificada de processos de trabalho (SMS, 2017)

Dentre os elementos que compõem as metodologias ativas devem-se considerar, conceitualmente, dois atores: o professor, que deixa de ter a função de proferir conteúdos diretamente assumindo a tarefa de facilitar o processo de desenvolvimento do conhecimento;

e o aluno, que passa a ocupar o centro do processo. Todo este esforço para deixar claro o ambiente ativo, dinâmico e construtivo que pode influenciar positivamente a percepção de profissionais e facilitadores.

O sucesso do introdutório depende muito da equipe que faz o treinamento, porque teve uma época que os funcionários não queriam fazer, porque eles ficavam 01 semana fora da unidade e viam um monte de coisas que não era muito a realidade deles, diziam que era teoria; só que depois que o material mudou os funcionários começaram a gostar, dava até briga, porque como muitos não tinham feitos, queriam todos fazer de uma vez só. (Gestor 3)

No material do CISF, trabalha-se com a problematização, metodologia de ensino-aprendizagem que se baseia na análise de problemas da realidade, de forma que o aluno realize uma observação do problema, identificando suas características com o objetivo de transformá-la. A técnica da problematização é citada no discurso de alguns gestores como fator positivo na realização do CISF.

[...] antigamente o introdutório era chato, ninguém queria fazer porque via o outro profissional que fez voltar reclamando para a unidade [...] mas eu percebi que depois que criaram um material mais atual, mais interativo, com discussão de coisas que são bem o cotidiano deles, os profissionais passaram a se identificar e até quem era mais resistente e dizia que não queria fazer, passou a pedir para ir fazer introdutório. (Gestor 8)

[...] quando você discute problemas que são a realidade daqueles profissionais e faz com que eles mesmos proponham soluções, aquilo fica mais real para eles, aproxima eles da realidade. Muito melhor do que ficar lendo textos que não levam eles a realidade. (Gestor 1)

[...] o grande diferencial dessa nova forma de fazer introdutório é fazer com que os profissionais enxerguem ali problemas que estão no cotidiano deles, pensem em respostas para coisas com as quais eles terão que lidar. (Gestor 5)

Farias et al. (2015) pontuam que o uso de metodologias ativas leva o educando a este novo contexto em que a educação está se moldando sem se engessar e proporciona a compreensão de que a liberdade defendida pelos educadores destes modelos – tão temida pelos que se baseiam em modelos tradicionais – pode ser a solução para desenvolver a autonomia do educando e formar um profissional criativo, reflexivo e independente.

Os novos métodos de aprendizagem já são uma realidade na aplicação do CISF no município do Rio de Janeiro. Embora possa haver alguma limitação, os resultados parecem ser motivadores e favorecer a autonomia do profissional. O uso alternado de diversos métodos de ensino pode levar a melhores resultados de aprendizagem.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscaram-se realizar uma análise do CISF em relação a sua estrutura e aplicação para profissionais do SUS no município do Rio de Janeiro.

A construção desta pesquisa foi motivada pela necessidade da pesquisadora em entender de que forma o CISF poderia ser utilizado como instrumento de capacitação para as Equipes de Saúde da Família do município.

A retrospectiva histórica realizada sobre o processo de construção e implantação desse curso introdutório revelou que, apesar da implantação ter se iniciado no ano de 1995, sua expansão não teve apoio das gestões municipais que se sucederam. Muito do insucesso da implantação das equipes ocorreu devido ao investimento feito pelas gestões em municipalização de hospitais federais, para onde os recursos foram destinados no período. Essa situação permaneceu até o ano de 2001 quando o prefeito César Maia assume a gestão municipal e retoma a expansão das equipes de Saúde da Família.

Em 2002, com a chegada do PROESF e aumento dos investimentos em atenção básica, foi possível alavancar a implantação das equipes de saúde da família, com a criação de grupos de apoio às unidades de saúde e início dos trabalhos do CISF para essas equipes. O PROESF auxiliou na formação da equipe de gestão que estaria como apoio para as equipes de ESF formadas. Posteriormente, estes gestores iniciaram o processo de oferta do CISF para todas as equipes.

Uma das grandes conquistas desse momento foi a criação de material didático único a ser utilizado em todas as CAPs para treinamento dos profissionais. No entanto, apesar da unificação do material, a didática de aplicação do mesmo e a forma de organização do CISF continuava diferenciada por CAP, além da obrigatoriedade do curso (desenvolvido em 40h) nem sempre era respeitada. Em 2016, já na gestão do prefeito Eduardo Paes, é criado um novo material de aplicação de CISF, com conteúdo didático, metodologia de execução e estruturação comum a todas as CAPs.

Este estudo concluiu que o material didático praticado atualmente está em consonância com parte das recomendações expostas na portaria nº 2.527 do Ministério da Saúde, uma vez que cumpre as principais orientações para execução do CISF propostas pela PNAB, tais como a exigência de execução do curso em uma carga horária mínima de 40h e a organização a partir dos eixos temáticos propostos, tais como: a Atenção Primária no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes e a

atuação interdisciplinar e participação popular. Toda estruturação didática e de conteúdo obedeceu inteiramente a estes eixos propostos.

A recomendação da PNAB de realização do curso pelo profissional em até 03 meses após seu início na equipe não consegue ser seguida atualmente. Alguns fatores podem explicar esse fato, dentre eles o de que o município sobrepõe outras demandas à execução do curso, como atualização de protocolos clínicos e treinamentos para realização de procedimentos da carteira de serviços, que geram maior visibilidade à gestão e possuem maior urgência para atuação no processo de trabalho das equipes.

O material didático aplicado atualmente e, principalmente, a forma de executar o CISF converge com o proposto pela PNEP, uma vez que, neste estudo, que o CISF funciona como uma ferramenta aprendizagem em serviço para os trabalhadores do SUS, levando em conta o processo de trabalho das equipes e propondo a discussão de questões de suas práticas diárias.

Na análise das entrevistas dos gestores para levantamento da percepção sobre profissionais egressos do CISF, com base nas perguntas orientadoras, foram construídos três núcleos temáticos para análise: CISF como disparador de conhecimento na ESF; CISF como primeiro contato com a educação permanente e metodologia do curso como propulsor de adesão ao CISF.

O primeiro núcleo foi o *CISF como disparador de conhecimento na ESF* e as respostas foram divididas em quatro categorias para análise. Na primeira categoria se discutiu o CISF como um modelo de capacitação para os profissionais de saúde, ficando bem evidente na fala dos entrevistados a importância dele como um curso para apresentação da estratégia, principalmente para os profissionais que não possuem formação específica para atuação, dentre eles os ACS, muito citados, e os profissionais de nível médio/técnico. Há um reconhecimento na fala dos gestores de que o CISF tem um potencial maior para essas categorias. Referente aos profissionais de nível superior os gestores concordam que a maioria desses profissionais chegam ao serviço entendendo o funcionamento da estratégia, porém não possuem a dimensão da complexidade do trabalho que devem desenvolver. Atribuem isso ao fato da formação superior, principalmente a médica, ser ainda muito pautada no saber curativo, biomédico e ainda possuir pouca ênfase na integralidade da atenção. Na segunda categoria foi discutida a importância do CISF ser realizado tão logo o profissional chegue a unidade de saúde e foi consenso entre os gestores que a realização do CISF seria mais efetiva se fosse efetuada no tempo preconizado pela portaria, conforme discutimos em parágrafos anteriores. Grande parte dos gestores pontuaram o fato de que o CISF não é um curso com propósito formador, de aprimoramento de habilidades, mas sim um curso de capacitação, que

atinge o objetivo a que se propõe: apresentar a ESF aos profissionais que chegam ao serviço. Nesse sentido percebemos que alguns gestores enxergam que uma parte dos profissionais que realizam o CISF retornam à unidade com um olhar diferenciado para a estratégia, sendo essa a quarta categoria discutida. Relativo a mudanças efetivas no processo de trabalho, as falas dos gestores mostram claramente os limites do curso e sustentam que há a necessidade da continuidade da educação permanente.

O segundo núcleo tem o *CISF como primeiro contato com a educação permanente* onde foi apresentado as considerações dos gestores sobre o CISF como primeira etapa de EPS. Os gestores concordam que o CISF fornece uma boa capacitação sobre o funcionamento da ESF. No entanto, é visível que o curso em si não se basta e há a necessidade de complementação de conteúdo de acordo com cada categoria profissional através da EPS.

O terceiro e último núcleo traz a discussão da *metodologia de curso como propulsor de adesão ao CISF*. Grande parte dos gestores entrevistados informaram que, para os seus profissionais, o tipo de metodologia aplicada resultou em diferença na adesão ao CISF. Especificamente pontuam que, o tipo de metodologia utilizada no atual modelo de CISF proporciona um olhar mais ampliado sobre as questões que permeiam a ESF na atualidade, uma vez que colocam o profissional no centro do processo de aprendizagem, fazendo com que ele reflita sobre questões cotidianas da ESF, dentre elas a Carteira de Serviços de Saúde, que ordena muito dos procedimentos médicos na AB do município.

Conclui-se que aplicação do CISF é efetiva em seu propósito de apresentar a ESF aos profissionais de saúde, no entanto é preciso reconhecer que, após a grande expansão da ESF que ocorreu no município a partir de 2004, um limite didático foi ultrapassado fazendo com que apenas as informações obtidas no CISF não sejam suficientes para preparar o profissional para atuar na estratégia, tampouco para lidar com a complexidade de informações que hoje ela agrupa.

Consideramos que os cursos introdutórios podem ser mais efetivos e afinados com a realidade local, sendo necessário para isto que os municípios possuam maior autonomia para organizar a proposta pedagógica de seus cursos. Estruturar CISF pautado apenas na orientação proposta pelo MS quiçá já não seja suficiente, por não agregar tanto o conhecimento dos profissionais locais, uma vez que a ESF, principalmente em grandes municípios, conta com uma gama de trabalhadores com muita experiência e visões diversas da ESF. Ou seja, é necessário que se estruture CISF que dialogue com a realidade local, trazendo para o curso a discussão de processos de trabalho atuais, que incorporem práticas cotidianas destes profissionais e os levem a discutir sobre essas práticas.

Por fim, concluímos que se faz necessário também o reconhecimento, pelas gestões municipais, da importância da EPS para os profissionais das equipes e a visão de que ela, a EPS, não pode ser sobrepujada por outras demandas, sendo importante que exista de maneira contínua e sistemática nos trabalhos das equipes da ESF.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. A. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Publica*. v.42, 2018.

AZOURY, Elizabeth Barcellos. *Curso Básico em Saúde da Família: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo*. 2003. 204f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

BARATIERI, T. et al. Nova Política nacional de Atenção Básica brasileira: um passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde? In: *III Convención Internacional de Salud Pública*, Cuba, 2018.

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

BERBEL, Neusi. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BERTANI, I., et al. *Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde*. Franca: Ed. Unesp/FHDSS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. *Portaria GM/MS 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 formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.527 de 19 de outubro de 2006*. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família*. Brasil, 2014a. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacao_PROESF_Geral.pdf .
Acesso em: 22 fev 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da Família: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)*. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, F. E. et al. *Os desafios atuais para a educação permanente no SUS*. [Introdução]. *Cadernos RH Saúde*, s.n., 2006.

CAZELLI, Carla Moura. *Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro*. 2003. 173f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

COSTA, Ismael da Silva. *Da mudança de modelo ao modelo de mudanças: um estudo sobre o curso introdutório do PSF*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, M. M. *Treinamento Introdutório*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 16p.

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

DAVINE, M.C. *Enfoque, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Rev. Educar*, n. 24, p. 213-225, 2004.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTOLL, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.39, n. 1, p.143-158, 2015.

FERREIRA, R.C; FIORINI, V. M. L; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.34, n. 2, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 490–498, 2005.

KOMATZU, R. S.; ZANOLLI, M.; LIMA, V. V. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.(Orgs). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier; 1998.

LIMA, Danielle Moreira de Castro. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*. 2014. 157f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014.

MELO, E. A; MENDONÇA, M. H. M; OLIVEIRA, J. R; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Rev.Saúde em Debate*. v.42. n.1. p. 38-51, 2018.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10.ed. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOROSINI, M. G. V; FONSECA. A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOROSINI, M. V. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPÃO, L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Rev. Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 43-55, 2015.

PAIVA, V. L. M. O. A pesquisa narrativa: uma introdução. *Rev. Bras. Linguist. Aplic.*, v.8, n. 2, 2008.

SALAZAR, B. A, CAMPOS, M. R; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 783-796, 2017.

SARRETA, F. O. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Carteira de Serviços. Relação de serviços prestados à Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMS, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Caderno do Aluno. Curso Introdutório em Saúde da Família*. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2017. 88p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Caderno de Orientação ao Facilitador. Curso Introdutório em Saúde da Família*. 1 ed. Rio de Janeiro: SMS, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. *Carteira de Serviços Atenção Primária à Saúde*. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2014.

SILVA, A. S., FRANCO, G. P, LEITE, M. T., et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Rev.Texto Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.

SIMÕES, P. P., GAMEIRO, F., NUNES P. C. et al. Expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. *Revista HUPE*, v.15, n. 16, p. 200-208, 2016.

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

VILLALBÍ, J. R., et al. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gac Sanit.*, v.17, n.3, p. 231-237, 2003.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA RESGATE HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO CISF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

- 1) Conte um pouco sobre como se deu o processo de implantação do CISF no município do Rio de Janeiro na época da expansão da ESF.
- 2) Conte um pouco sobre como era realizado o CISF e qual a metodologia utilizada no curso, suas relações com o conceito de capacitação de recursos humanos ou de educação permanente em saúde.
- 3) Na sua opinião, o CISF foi efetivo para os trabalhadores de saúde?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES DAS UNIDADES ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

- 1) Na sua opinião, qual a importância do CISF para os profissionais de saúde?
- 2) Na sua opinião, o CISF contribui para a formação dos profissionais de saúde?
- 3) Conte-me qual sua percepção, da atuação em serviço, dos profissionais que realizaram o CISF e retornaram para a sua unidade durante sua gestão.
- 4) Você mudaria alguma coisa no formato atual do CISF?