

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ATENDIMENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Training health personnel for cardiopulmonary resuscitation in primary health care

Maíra Alves Ferreira Barbosa¹, Viviane Roberta Marra², Natalia de Cassia Horta³, Elisane Santos Rodrigues⁴

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência envolvendo a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na Atenção Primária à Saúde. A abordagem principal consistiu na construção de uma rotina de atendimento e organização de oficinas teórico-práticas com o apoio da equipe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), focando a metodologia participativa e a análise qualitativa dos resultados. Participaram das discussões vinte e dois profissionais de saúde. Os resultados obtidos foram positivos. Houve troca de experiências entre as equipes dos dois níveis assistenciais, culminando na construção de uma rotina de atendimento de parada cardiorrespiratória, adequada à realidade da atenção primária. A discussão do atendimento de emergências, no nível primário de atenção à saúde, é uma forma de preparar os profissionais para a prestação de assistência integral em qualquer ambiente de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Parada Cardíaca; Emergências; Capacitação em Serviço.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito legislativo do Sistema Único de Saúde, está organizada como porta de entrada preferencial ao sistema. Na concepção desse nível assistencial, o cuidado centrado no usuário deve responder a todas as necessidades de saúde da população por meio de um sistema integrado, articulado e pautado na lógica da construção de redes de trabalho intersetorial.¹ Nesse nível

ABSTRACT

We report an experience with the training of health professionals to treat cardiorespiratory arrest in primary health care (PHC). The main intervention consisted of the creation of a routine of care and the development of theoretical-practical workshops, with the support of the team of an emergency unit (Unidade de Pronto Atendimento - UPA). We used the participative method and made a qualitative analysis of the results. 22 health professionals took part in the discussions. The results obtained were positive. There was experience exchange between the two levels of care, with the eventual building of a routine for the care of cardiorespiratory arrest, adequate to the PHC reality. The discussion on the care of emergencies in the PHC environment is a way to prepare the professionals for integral assistance, regardless of the care environment.

KEY WORDS: Primary Health Care; Heart Arrest; Emergencies; Inservice Training.

de atenção, considerado de baixa densidade e de alta complexidade, o trabalho da equipe de saúde é caracterizado por uma grande variedade de problemas, desde aqueles gerados pelas mazelas sociais que requerem um trabalho intersetorial para a construção de respostas, até aquelas situações clínicas que demandam ações nas quais a própria equipe de saúde consegue se articular e responder de forma resolutiva.

No município de Belo Horizonte, a Atenção Primária à Saúde tem como parâmetros diferentes eixos de intervenção

¹ Maíra Alves Ferreira Barbosa, Enfermeira, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Núcleo Betim. E-mail: mairaalves17@yahoo.com.br

² Viviane Roberta Marra, Enfermeira, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Núcleo Betim.

³ Natalia de Cassia Horta, Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da PUC Minas

⁴ Elisane Santos Rodrigues, Enfermeira, Especialista em Saúde da Família

com a proposta de coordenar o cuidado à clientela, favorecendo a reorganização, a qualificação e o fortalecimento da assistência no nível local numa perspectiva integral. Nota-se, na prática, que os Centros de Saúde são a referência da população para a busca de soluções às diferentes situações de doenças e agravos à saúde e, em meio à amplitude de abordagens ao sujeito, surgem, com menos frequência, alguns casos complexos que exigem atendimento imediato. Nessas situações, os profissionais de saúde precisam interromper a rotina diária e, rapidamente, se mobilizar para atender as emergências.¹ Predominantemente, essas demandas são atendidas nos serviços hospitalares ou nas unidades de pronto atendimento.

Entretanto, há situações em que o indivíduo que sofre determinado agravo, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, procura o local mais próximo da residência para socorro: o Centro de Saúde. Destaca-se que é nesse dispositivo que o usuário possui vínculo, o que pode levar a população adscrita a procurar a Unidade, sobretudo pela proximidade do domicílio.^{2,3} Diante disso, está revelada a necessidade de que o profissional que atua na Atenção Primária à Saúde, além de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, foco desse nível assistencial, esteja apto a prestar os primeiros atendimentos às situações de urgência e emergência.

Segundo a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002³, os Centros de Saúde ou Serviços de atendimento pré-hospitalar são componentes da rede assistencial responsáveis pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de complexidade e capacidade de resolução. Essa Portaria preconiza que os diferentes níveis de atenção relacionem-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante desse sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando por seu encaminhamento quando a Unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento. Prevê, ainda, o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência, considerando que, nos Serviços, existem prontuários com a descrição de todo o histórico de saúde daquele usuário, como também existe o vínculo com a equipe local. A Portaria discute sobre a formação insuficiente e o despreparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para atuar frente às urgências, ressaltando a importância e a garantia de qualificação para

esse enfrentamento, com vistas à efetividade da assistência prestada. Além disso, prevê que as Unidades estejam organizadas com área física e materiais adequados para os atendimentos de urgência, como, também, amparadas com fluxos e protocolos de encaminhamentos para os demais níveis de complexidade.³ Portanto, ressalta-se a importância da integração dos Centros de Saúde à rede assistencial, de modo a garantir uma oferta mais abrangente de serviços, além de resolutividade aos problemas de saúde de menor frequência e maior complexidade apresentados pela população adscrita. Daí a importância de uma rede assistencial ordenada no sentido de garantir a continuidade do cuidado por meio de mecanismos de integração dos diferentes serviços.^{3,4}

Sobre essa temática, é conveniente distinguir os conceitos de urgência e emergência. Para Turci², na emergência, há risco de morte iminente se o caso não for diagnosticado e tratado na primeira hora após sua constatação; já a urgência consiste em um processo agudo ou crônico agudizado, sem risco iminente de morte e, quando não tratado, pode levar à situação de emergência. As urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou funções vitais importantes do indivíduo.⁵ Urgência e Emergência são componentes importantes da assistência à saúde; exigem profissionais preparados que possam oferecer cuidados imediatos e seguros aos indivíduos em estado grave e que apresentam risco de morte.⁶

Considerando a necessidade de capacitação dos profissionais para o atendimento de agravos emergenciais na Atenção Primária à Saúde, além da adequação dos ambientes para o atendimento, este trabalho buscou instrumentalizar a equipe de saúde desse nível assistencial para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR). Ressalta-se que, apesar da relevância da abordagem dessa temática na Atenção Primária à Saúde, observa-se escassez de publicações relativas ao tema na literatura científica. Isso reforça a necessidade de que, além de discutida no meio acadêmico, a formação e a qualificação para o atendimento de urgências sejam também garantidas no cotidiano de trabalho. Para subsídio teórico da experiência relatada neste artigo, o trabalho foi embasado nas considerações de Aehler⁷ e da American Heart Association⁸ sobre Suporte Básico de Vida em Cardiologia.

Trata-se de uma qualificação sustentada pelos referenciais da educação permanente em saúde (EPS), considerando-se que essa se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, organizada como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional.^{9,10} Além disso, a EPS decorre de uma construção de conhecimentos

dos atores envolvidos nesse processo, respeitando-se as circunstâncias que levam à repetição de determinadas práticas. A educação permanente tornou-se, em 2007, tema de uma política ministerial articulada com vistas a ampliar a capacidade resolutiva dos diversos níveis assistenciais.^{9,10}

Segundo Ceccim^{11,12}, a EPS refere-se à atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, englobando o ensino-aprendizagem e a política de educação em saúde. A EPS efetiva-se a partir da problematização do processo de trabalho. Portanto, nasce das reflexões dos profissionais sobre algum ponto que pode ser fortalecido. As capacitações são desenvolvidas com o objetivo de se gerarem mudanças que representem progressos na atuação profissional. São importantes instrumentos de atualização profissional e transformação das práticas de saúde dos gestores que se tornam, a partir daí, aptos a compartilhar o conhecimento adquirido com a equipe.¹³

RELATANDO A EXPERIÊNCIA

Trata-se de intervenção desenvolvida em um Centro de Saúde da região Norte de Belo Horizonte (MG), no segundo semestre de 2009. Esse município conta hoje com 545 equipes de saúde da família, distribuídas em 147 centros de saúde de nove distritos sanitários. Essa proposta contemplou as considerações de duas disciplinas que fundamentam o estágio supervisionado obrigatório desenvolvido no nono período do Curso de Graduação em Enfermagem da PUC Minas Betim. A motivação para trabalhar a temática na referida Unidade veio da solicitação da equipe de saúde que, após receber uma situação de parada cardiorrespiratória, sentiu-se angustiada por não estar preparada para atuar prontamente nessa situação.

Na abordagem da EPS, há grande potencial de transformação do processo de trabalho, uma vez que propõe a transição das práticas profissionais com base na reflexão crítica, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Além disso, a EPS encontra, na Atenção Primária à Saúde, um espaço privilegiado para seu desenvolvimento uma vez que segue a lógica da atenção integral por meio do vínculo entre trabalhadores, usuários e a comunidade na qual se insere o serviço.¹³ Nessa intervenção, por meio do aporte da EPS, propusemos uma qualificação dos profissionais desse centro de saúde, partindo de suas dúvidas, anseios e necessidades para o aperfeiçoamento e sistematização da prática com foco no atendimento de PCR.

O território sob responsabilidade do Centro de Saúde é mapeado em 17 microáreas atendidas por quatro Equipes

de Saúde da Família, responsáveis pela assistência de 4.043 famílias classificadas como de médio, elevado e muito elevado risco, considerando-se o índice de vulnerabilidade da saúde.

Foram envolvidos, no projeto, vinte e dois profissionais do Centro de Saúde; dentre eles, quatro Enfermeiros assistenciais, onze Auxiliares de Enfermagem (incluindo a equipe de apoio), quatro Médicos de Família e Comunidade e dois especialistas de apoio: uma Pediatra e uma Ginecologista. Os profissionais de nível superior desse Centro de Saúde são, em sua maioria, formados recentemente e, juntamente com o restante da equipe, compõem um quadro de profissionais bastante diferenciado devido ao comprometimento com o trabalho na Atenção Primária à Saúde e ao fato de que seis deles possuem formação específica em Saúde da Família com residência e/ou pós-graduação. Os auxiliares e técnicos de enfermagem possuem, majoritariamente, mais tempo de experiência e apresentam habilidades para atuar na maioria dos setores da Unidade como salas de vacinas, farmácia, acolhimento, sala de observação, coleta de material biológico, sala de curativos, atendimento domiciliar e alguns atuam no trabalho coletivo e de promoção à saúde. Toda a equipe apresentava necessidade de discussão e qualificação para o atendimento de urgência frente à escassez de casos e recursos disponíveis para o atendimento no nível local.

Para compor o grupo de discussão, foram convidados um Enfermeiro e um Médico da Unidade de Pronto Atendimento de referência da Unidade, com experiência em atendimentos de urgência e emergência que contribuíram na implementação da proposta. O trabalho envolveu a metodologia participativa, como uma ferramenta de aproximação dos indivíduos aos processos, com vistas a instrumentalizá-los para o aprimoramento de suas ações por meio das contribuições dos participantes. O desenvolvimento de um processo participativo permite uma interação interdisciplinar e multissetorial, facilitando o surgimento de soluções mais ajustadas à realidade.¹⁴

Nesse tipo de abordagem, há valorização de experiências e conhecimentos dos participantes, envolvendo-os na discussão, na identificação dos problemas que emergem de seu cotidiano de trabalho e na busca de soluções.^{13,15}

Para contemplar essa abordagem metodológica, optou-se pelas oficinas teórico-práticas que aconteceram em dois dias do mês de novembro de 2009, em um auditório próximo ao Centro de Saúde. A equipe multiprofissional convidada foi dividida em dois sub-grupos, possibilitando a ocorrência da atividade com um grupo menor de profissionais, sem a interrupção dos atendimentos e de forma mais participativa e ativa na proposta.

Sete dias antes das oficinas de capacitação, toda a equipe de saúde foi convidada a preencher um pré-teste contendo sete questões sobre o atendimento de parada cardiorrespiratória, no intuito de levantar as maiores dúvidas sobre o assunto e trabalhar sobre necessidades do corpo profissional, conforme reforçam Silva *et al.*¹³ além de otimizar as discussões. Dos vinte e dois testes distribuídos, apenas um não foi devolvido e sua análise revelou que a dificuldade dos profissionais, para o atendimento de PCR, era prioritariamente em ações de suporte básico de vida: reconhecimento dos sinais de PCR, relação entre compressões torácicas e manobras de ventilação, passos sequenciais dos socorristas durante o atendimento, indicação e dosagem de medicamentos específicos utilizados em PCR e atendimento específico da criança. Evidenciou-se que as dificuldades apresentadas pela equipe poderiam representar um risco à integridade tanto da equipe quanto do usuário, além de uma situação angustiante para o corpo profissional frente aos atendimentos de urgência. Esse fato reforça a necessidade de uma ação em prol da instrumentalização da equipe com os requisitos mínimos para os primeiros atendimentos.

Também anteriormente às oficinas, foi disponibilizada uma proposta de Procedimento Operacional Padrão (POP), construído pelas acadêmicas, sendo sugerido que a equipe procedesse à análise do material que seria compartilhado nos dias de oficinas, subsidiando a redação da versão revisada do POP de atendimento de PCR na Atenção Primária à Saúde. A proposta foi bem acolhida pela equipe de saúde que se mostrou interessada em oferecer suas contribuições na finalização do POP.

Guerrero *et al.*¹⁶ mencionam que a palavra PADRÃO se refere, na área da saúde, aos padrões de cuidado e se relaciona aos direitos do usuário de receber assistência livre de variações indesejáveis em sua qualidade final. O conceito de POP trazido por esses autores permite inferir que se trata de um instrumento descritor dos passos sequenciais a serem dados por um operador, no intuito de se garantir o resultado esperado de determinada tarefa, além de mostrar as técnicas específicas para a realização de cada ação. Os POP's têm a finalidade de padronizar ou normatizar os procedimentos, no intuito de colocar em prática uma assistência metodológica e científica. Devem ser atualizados sempre que necessário e seguidos por todos os envolvidos.⁽¹⁶⁾

Durante os dois dias de oficinas, estiveram presentes 18 dos 22 profissionais convidados, as acadêmicas e a docente responsável pela proposta, além de quatro profissionais da UPA. O primeiro momento centrou-se na abordagem teórica do tema, com foco no atendimento ao agudo na Unidade e análise da primeira versão do POP, previamente disponibilizada, quando, então, foram discutidos também

os ajustes pertinentes, considerando-se a realidade do Centro de Saúde. As discussões apontaram para a necessidade de incluir mais oportunidades de reflexão e prática sobre temáticas de urgência e emergência, envolvendo, além da equipe assistencial do centro de saúde, o pessoal administrativo, o da limpeza, os porteiros e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, em algumas situações, estabelecem o primeiro contato com o usuário, devendo estar capacitados para a identificação dessa demanda. Além disso, foi levantada a necessidade de problematizar e argumentar junto às autoridades competentes sobre a necessidade de estarem disponíveis, nos Centros de Saúde, aparelhos de oximetria e Desfibrilador Externo Automático (DEA) que possibilitam a monitorização e a intervenção em tempo hábil para a sobrevivência. Mesmo diante da polêmica sobre a disponibilidade desses materiais, essa discussão é pertinente, uma vez que, sendo a Atenção Primária à Saúde a porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde, nos casos emergenciais, pode ser esse o primeiro dispositivo a ser acionado. É necessário, portanto, garantir-se o suporte mínimo para um atendimento de qualidade.^{1,3} Convém ressaltar que a Portaria GM/MS nº 20483 não menciona os itens em questão como obrigatórios nas unidades de Saúde da Família. Trata-se de insumos imprescindíveis em unidades de complexidade intermediária entre as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências que devem dar suporte ao nível assistencial imediatamente inferior.³

Corroborando nessa discussão, o município de Belo Horizonte está realizando, desde o final de 2009, as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, propostas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, trazendo a discussão sobre a implantação do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde no atendimento das condições agudas, o que torna essa polêmica ainda maior uma vez que não existem evidências científicas sobre a aplicabilidade deste protocolo nesse nível assistencial. Tal proposta trouxe a inquietação de diversos profissionais das equipes de saúde da família preocupados com os princípios da Atenção Primária à Saúde mediante a implementação do Protocolo de Manchester na prática e cotidiano dos serviços. Sabe-se que os profissionais necessitam de ferramentas para subsidiar e respaldar as decisões na abordagem às condições agudas através da classificação de risco e definição de prioridades, porém a discussão tem sido pautada na necessidade de avaliar se o referido protocolo seria indicado para o nível de atenção primária à saúde e não engessaria as decisões ou comprometeria o processo de trabalho nas unidades. Existe também o consenso na rede de que, para atender

quadros de urgência e emergência, são necessários insumos não disponíveis nesse nível de atenção, incluindo a disponibilização de drogas indicadas para este fim. Outro desafio proposto ao município é referente à interlocução entre os serviços de complexidade diferentes e a capacidade de resposta em tempo hábil diante de situações de urgência e emergência. Assim sendo, a abordagem das condições agudas tem sido pautada continuamente pelas equipes dos Centros de Saúde da capital mineira, gerando discussões e estudos mais aprofundados neste sentido.

Partindo para a intervenção proposta, a segunda etapa do encontro consistiu em momento de prática no qual todos os participantes puderam observar e praticar as ações dos socorristas, além de manusear material específico do atendimento de PCR. Nesse momento, foi feita a simulação de um atendimento de PCR utilizando-se um manequim e medicamentos e materiais de atendimento de urgência e emergência disponíveis no Centro de Saúde. A equipe da UPA também simulou uma situação de atendimento que, depois, foi colocada em prática por cada um dos participantes, por meio de proposta de organização por equipes e com revezamento das funções desempenhadas.

Foi perceptível que alguns profissionais sequer haviam até então manuseado alguns itens básicos do atendimento, tampouco se posicionado enquanto socorristas em uma cena de PCR, evidenciando a importância do momento para aprimorar os conhecimentos adquiridos na academia e cursos previamente realizados. O fato também reafirma a raridade de situações de parada cardiorrespiratória e outras emergências no contexto da Atenção Primária à Saúde, o que não significa que, apesar de incomum, não faça parte do trabalho nesse nível de atenção. Vale destacar aqui que outras demandas de atendimento de urgência foram apontadas pelos profissionais como necessidade de qualificação. Citam-se as crises hipertensivas, labilidades glicêmicas e engasgo, dentre outras. Para finalizar as atividades, foi sugerido aos profissionais que procedessem à avaliação da proposta, ressaltando os pontos positivos e negativos da oficina. Unanimemente a equipe se posicionou positivamente frente à oficina, sendo que consideraram a intervenção pertinente, dinâmica, produtiva e didática. Ressaltaram também a importância da aproximação dos profissionais da UPA, possibilitando um momento de integração com a equipe de outro nível assistencial o que ocorre em raras oportunidades e que possibilita o reconhecimento do papel e a valorização do trabalho em rede. Além disso, os profissionais sugeriram a abordagem de outros temas para qualificação no trabalho sob as mesmas orientações metodológicas. Foram mencionados, como pontos negativos, o curto espaço de tempo para

desenvolver a atividade e os poucos momentos interativos entre a equipe de saúde. Essas considerações são confirmadas por Silva *et al.*¹⁵, ao reforçarem que a organização dos cursos de capacitação em serviço sob a ótica repetitiva, programática e verticalizada são pouco produtivos, geram cansaço e frustração profissional, não fornecendo elementos para o enfrentamento da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no trabalho desenvolvido com a equipe do Centro de Saúde, pode-se inferir que a PCR é um tipo de atendimento pouco frequente no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Por outro lado, é de suma relevância que essa temática seja trabalhada com toda a equipe desse nível de atenção, considerando-se que o Centro de Saúde é, em algumas situações, a referência mais próxima do domicílio do usuário, exigindo capacitação profissional para uma intervenção imediata.

É importante que o atendimento a PCR, bem como os demais casos de urgência e emergência, componha o rol de discussões e capacitações programadas e articuladas no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde em todos os níveis de assistência. Essa prática pode ser compreendida como fundamental para um cuidado qualificado e deve ser realizada periodicamente.

Afirmamos que essa experiência de trabalho veio contribuir na construção de um Sistema de Saúde mais integral e integrado a outros níveis assistenciais na medida em que articula e relaciona os focos assistencial, educativo e gerencial implicados na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- Schneid S, Patines MM, Alegre TMS, *et al.* Suporte básico de vida nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Rede Municipal de Porto Alegre. *Rev Técnico-Cient Grupo Hospitalar Conceição*. 2003 jan/jul; 16(1):25-40.
- Turci MA. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA); 2008. 432 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atendimento às Urgências. 2ª ed. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048 GM/MS, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 244p.

4. Escorel S, Giovanella L, Mendonca MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Saúde Pública*. 2007; 21(2/3):164-76.
5. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009 abr/jun; 18(2):266-72.
6. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. *Interface (Botucatu)*. 2008 jul/set; 12(26):659-66.
7. Aehlert B. *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
8. American Heart Association. Part 4: Adult Basic Life Support. *Circulation*. 2005; 112: IV-19-IV-34. [Cited 2009 oct 10]. Available from: http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/112/24_suppl/IV-19 *Circulation*.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
10. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)* 2009 set. 13(30):121-34. [Citado em 2009 oct 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1414-32832009000300011&lng=en.
11. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 out/dez; 10(4):975-86. [Citado em 2009 oct 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020
- 12 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16): 161-8. [Citado em 2009 mar 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>
- 13 Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletr Enferm*. 2007; 9(2):389-01. [Citado em 2010 mar 12] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>.
- 14 Brose M. Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo; 2001. 306 p.
- 15 Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn; 2001. 282p.
- 16 Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. *Rev Latinom Enferm*. 2008 nov/dez; 16(6):966-72. [Citado em 2009 out 11]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/r/lae/v16n6/pt_05.pdf.
- 17 Giovanella L, Mendonça MHI, Patty FA, *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 maio/jun; 14(3):783-94.
- 18 Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como possibilidade de promoção da saúde no programa saúde da família. *Rev APS*. 2009 jul/set. 12(3): 293-301. [Citado em 2010 mar 04]. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/407/228>.
19. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(suppl.1):881-92. [Citado 2010 mar 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en.
- 20 Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Assessoria de Normalização; 2007. 154p.

Submissão: junho de 2010

Aprovação: outubro de 2010
