

Avaliação da estrutura organizacional na atenção básica em um município do Pará

Evaluation of the organizational structure in primary care in a Pará municipality

Maria Daiane Silva de Moura¹
Danielle Tupinambá Emmi²
Helder Henrique Costa Pinheiro²
Regina Fátima Feio Barroso²
Marizeli Viana de Aragão Araújo²

RESUMO

A atenção básica representa o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, direcionando o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais elementares aos mais complexos. O objetivo do estudo foi analisar a estrutura organizacional da atenção básica no município de Nova Esperança do Piriá-Pará, e sua relação com o processo de trabalho. Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada com a equipe de saúde, na única Unidade Básica de Saúde do município. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas respeitando a pronúncia e sintaxe. O trabalho apontou aspectos que comprometem a qualidade do serviço como falta de estrutura física, ausência de capacitação dos funcionários e recursos humanos deficiente. Concluiu-se que a melhoria da estrutura física da unidade, capacitação dos funcionários e contratação de mais profissionais podem ajudar na melhoria do serviço.

Palavras-chave: Atenção primária de saúde; Gestão em saúde; Sistemas de saúde.

ABSTRACT

Basic care represents the first level of attention of a health system, directing the flow of services in health networks from the most elementary to the most complex. The aim of study was to investigate the organizational structure of existing basic care in the city of Nova Esperança do Piriá-Pará. Qualitative, descriptive research, realized with health professionals in the only city's Basic Health Unit, present for the approach. The study pointed issues that compromise the quality of service offered at primary care. It concludes that the improvement of the physical structure of the unit, employees training, hiring more professionals can help improve the service.

Keyword: Primary Health Care; Health management; Health systems.

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Pará – Belém – Pará - Brasil

² Professor (a) Doutor (a), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Pará.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é garantido pela constituição, regulado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 e regido por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são Universalidade, Equidade e Integralidade. Já os organizativos são a Descentralização e Comando Único, Regionalização, Hierarquização e Participação Popular¹⁻².

Na segunda metade da década de 1990, o processo de implantação do SUS caminhou para a adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica ou Atenção Primária de Saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. Com isso, foram impostas atividades, que inicialmente incluíam, além da prevenção, a educação da população em saúde e práticas curativas indispensáveis que devem ser acessíveis a todos³.

A organização do setor saúde em redes, a partir da Atenção Primária, pode contribuir na redução das referências para a atenção secundária e terciária. Entretanto, só há real efetividade quando os problemas relacionados ao primeiro nível de atenção são equacionados de forma correta³.

Um entendimento acertado sobre o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), surgido na Declaração de Alma-Ata e que desde então vem sofrendo interpretações diversas, se dá pelo correto conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade ou abrangência e coordenação⁴.

O primeiro contato se dá quando surge um problema e a Atenção Básica é a porta de entrada nesse primeiro atendimento, podendo este ser feito pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou pela Unidade Básica de Saúde (UBS) onde não existe a ESF, sendo garantida assim a acessibilidade do indivíduo. A longitudinalidade consiste no vínculo, que se forma, ao longo do tempo entre paciente, familiares e equipe de saúde⁴.

Apesar da garantia legal de que todos têm de ter acesso à saúde, na prática, a realidade é diferente, pois existe uma dependência de diversos atores sociais. Mesmo o SUS sendo uma grande conquista deve-se considerar os problemas enfrentados pelo setor saúde como, por exemplo, péssimas condições de vida da maioria da população brasileira, dificuldades orçamentárias e gerenciais⁵.

Para que o atendimento na Atenção Básica seja realizado de maneira efetiva é necessário que o espaço físico apresente uma infraestrutura adequada, além de equipamentos apropriados, recursos humanos qualificados, e materiais necessários à assistência prestada. Isso viabiliza que haja um trabalho de qualidade tanto para quem executa, quanto para quem está recebendo o atendimento⁶.

Segundo o Ministério da Saúde, a “Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”. Os locais de atuação dessas equipes são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as residências, além de mobilizações envolvendo toda a comunidade, possibilitando assim que todos tenham acesso aos serviços de saúde. Com isso, o Ministério da Saúde orienta que as unidades de saúde sejam implantadas em conformidade com as diretrizes que orientam o programa, de tal modo que se adeque às realidades regionais, municipais e locais em que estão inseridas⁷.

Os profissionais atuantes das UBS são responsáveis por sua população adstrita, e devem residir no município onde trabalham, atuando em regime integral. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também devem residir onde trabalham, para facilitar a vinculação com as famílias⁸.

O Sistema Único de Saúde do Brasil é responsável pelo atendimento à população, devendo proporcionar cuidados de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. Para o correto planejamento dos serviços a serem oferecidos à população é necessário que a realidade epidemiológica da população seja conhecida e os serviços de saúde disponíveis sejam adequados a esta realidade⁶.

Os fundamentos do processo de trabalho consistem na atividade orientada a um fim, seu objeto e seus meios. Objetos de trabalho são todas as coisas que existem na natureza. Os meios de trabalho são coisas que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho, à medida que orientam a atividade de acordo com o seu objetivo⁹.

É importante que os processos de trabalhos tenham competência para intervir nos problemas relacionados à saúde, transformando-os e produzindo um resultado de satisfação conforme as necessidades¹⁰.

Profissional de qualquer área da saúde, independente do papel que executa na produção de atos de saúde, é um operador do cuidado, sendo este o sentido social do trabalho em saúde, por meio do qual se pode alcançá-la. O desafio é que sejam produzidos atos com fins cuidadores que sejam envolvidos com os resultados, cura, promoção e proteção, compreendendo os problemas da doença e enfrentando-a de modo adequado¹⁰.

O Município de Nova Esperança do Piriá foi criado pela Lei nº 5.707, de 27 de novembro de 1991 e instalado em 01 de janeiro de 1993. Localiza-se na mesorregião do nordeste paraense a 193 km da capital Belém, com uma população estimada em 20.663 habitantes. Situa-se 39 km a Sul-Leste de Garrafão do Norte, a maior cidade nos arredores¹¹⁻¹².

O presente estudo se propõe a investigar a estrutura organizacional da Atenção Básica existente no município de Nova Esperança do Piriá-Pará e sua relação com o processo de trabalho. Essas informações possibilitarão a identificação de áreas críticas que interferem no atendimento e ajudarão a traçar estratégias para a melhoria do acesso à saúde, no município.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo transversal, de abordagem qualitativa, descritivo, de modo a obter dados para a possível compreensão do serviço de saúde no município por meio da avaliação da estrutura organizacional da Atenção Básica em Nova Esperança do Piriá.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o parecer 1.426.637. Os profissionais foram abordados, informados do objetivo da pesquisa, e ao aceitarem participar da mesma, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido que estava de posse da pesquisadora no momento da abordagem.

Foram entrevistados, de forma individual, os profissionais de saúde e o gestor (Secretário de Saúde) do município, em seus locais de trabalho, utilizando um questionário com perguntas pré-elaboradas. As entrevistas foram gravadas em áudio, utilizando o gravador do smartphone Optimus E450 da marca LG. Como critério de inclusão os entrevistados deveriam fazer parte do serviço de saúde há pelo menos um ano e aceitarem participar da pesquisa.

No que diz respeito à análise das informações obtidas neste estudo, as gravações das entrevistas, foram ouvidas e transcritas respeitando a pronúncia e sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas. Em uma abordagem qualitativa, o critério de amostragem não é numérico, preocupa-se menos com a generalização e mais com a abrangência da compreensão dos entrevistados sobre o assunto. As respostas obtidas de todos os participantes foram importantes para o desenvolvimento do trabalho¹³.

A análise dos dados da pesquisa se deu através da Análise de Discurso que “tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação”¹⁴.

A pesquisa foi realizada na única Unidade Básica de Saúde existente no município de Nova Esperança do Piriá-Pará com os profissionais de saúde de diversas áreas, que estavam presentes no momento da abordagem. Os entrevistados foram identificados como letras do alfabeto de A à I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 09 funcionários e o Secretário de Saúde de Nova Esperança do Piriá, sendo seis do sexo feminino (66,7%) e quatro do sexo masculino (33,3%). A média da faixa etária dos entrevistados foi de 31 anos, onde a menor idade foi 23 anos e a maior 40 anos. A unidade pesquisada apresenta

no seu quadro de profissionais 04 médicos, 03 enfermeiros, 02 dentistas, 01 assistente social, 09 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 bioquímico, conforme repassado pelo gestor.

As análises das respostas obtidas foram classificadas e categorizadas nos seguintes temas: Materiais e estrutura física; Recursos Humanos; Treinamento pré-ingresso e Educação Permanente e dimensão política, que serão apresentadas separadamente para facilitar a compreensão, apesar da convicção de que não ocorrem dessa forma no dia-a-dia¹⁵.

➤ **Materiais e estrutura física:**

Foi possível perceber a insatisfação de alguns funcionários no que diz respeito à estrutura física e ao abastecimento de materiais necessários para que possam desenvolver suas atividades.

“[...] a gente passou, tipo, quase 03 meses sem material, aqui. Agora que começou de novo” (Entrev. A).

“[...] às vezes falta papel, às vezes falta, assim, coisas que saem do nosso controle, a gente precisa utilizar uma internet [...] e aí, você sabe, a internet daqui é precária” (Entrev. F).

“[...] essa sala aqui a gente trabalha com tuberculose, hanseníase, que não pode ficar junto só em uma sala com as pessoas que tem diabetes e pressão alta [...] a gente precisa de um ar condicionado até mesmo um ventilador já serviria [...]” (Entrev.B).

A questão de abastecimento de materiais e estrutura física depende muito da Secretaria Municipal de Saúde. É de conhecimento público a necessidade de se priorizar os investimentos por parte dos órgãos competentes, para uma melhor distribuição e aproveitamento do espaço físico no atendimento ao usuário. Um ambiente de trabalho com condições adequadas proporciona conforto aos profissionais e suas consequências positivas são observadas na forma de resolutividade e satisfação da população atendida¹⁶.

A estrutura física do ambiente de trabalho é um desafio a ser enfrentado pela Atenção Básica¹⁷. O ambiente de trabalho em que os profissionais estavam inseridos neste estudo era desfavorável, inquietando a

maioria dos profissionais, que gostariam de ter um ambiente mais confortável e adequado ao exercício das atividades preconizadas na Atenção Básica.

Ressalta-se ainda que a falta de materiais influencia as práticas dos profissionais das UBS, pois dificulta o desenvolvimento dos trabalhos, que por vezes são interrompidos ou não são realizados, gerando insatisfação¹⁸.

Entretanto houve quem não relatasse problemas com estrutura física ou abastecimento de material, quando perguntado se alguma dificuldade era enfrentada por eles, como os depoimentos a seguir:

“Nenhuma dificuldade” (Entrev. G)

“Não tenho dificuldades, tá tudo ok!” (Entrev. D).

Talvez os motivos destes profissionais terem relatado que não existiam problemas seja a aproximação dos mesmos com os gestores, medo de perder o emprego e até mesmo a apatia pela entrevista.

Problemas na estrutura física e falta de abastecimento também foram relatados por Oliveira et al.¹⁹ em estudo realizado em unidades básicas de saúde em Teresina-PI no atendimento de urgência e emergência.

➤ **Recursos Humanos:**

Segundo o gestor em saúde, em todo o município, existem 05 médicos (clínicos gerais), 06 enfermeiros, 03 cirurgiões-dentistas, 01 farmacêutico, 01 assistente social, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 30 técnicos de enfermagem, 01 assistente de saúde bucal, 03 técnicos de saúde bucal que são lotados na Unidade Básica de Saúde, no Hospital Municipal e nas agrovilas (zona rural). Como pode se observar na avaliação de alguns participantes da pesquisa o número reduzido de profissionais na UBS dificulta o planejamento de atividades e programas para a realização de um trabalho de promoção da saúde mais efetivo.

“[...] as vezes a gente quer fazer alguma atividade extra, de prevenção, e a gente não tem como sair daqui, porque se a gente sair daqui vai fechar e os pacientes vão voltar. E aí?” (Entrev. C).

Com base nas necessidades de saúde apresentadas no território da UBS, é importante a implantação de atividades que visem ações na esfera coletiva e individual, objetivando a promoção da atenção integral a saúde da população que deve ser conseguida de forma mais efetiva através de ações intersetoriais. Essas ações compreendem além da promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, bem como a manutenção da saúde²⁰.

Essa escassez de profissionais pode apresentar ainda, um prejuízo na relação profissional de saúde-paciente.

“[...] o número de profissionais é muito carente e acaba sobrecarregando. As pessoas acabam achando que a gente não quer atender [...]” (Entrev. A).

Há também falta de profissionais de saúde, específicos, que o município necessita, porém, não contrata por falta de recursos.

“[...] a gente precisa de um psicólogo [...] de um pediatra e [...] não tem recurso, do mesmo jeito um ginecologista [...] o município era pra oferecer, só que o recurso é pouco [...]” (Entrev. I).

Esse fato pode acarretar danos à saúde dos pacientes, já que eles não são atendidos por profissionais especialistas para resolver problemas específicos, necessitando serem referenciados a outros municípios ou à capital do estado para receberem cuidados de atenção secundária ou terciária.

➤ **Treinamento pré-ingresso e Educação permanente:**

A falta de atualização dos conhecimentos também foi relatada como motivo de dificuldade de trabalho na UBS.

“Tinha que vim treinamento pra cá para o município mesmo porque pra tu levar um profissional daqui [...] e faltar aqui é complicado [...] só que aí pra melhorar tinha que ter treinamento direto [...] porque sempre vai mudando, até um dia desses a gente tava trabalhando

com um tipo de relatório de paciente que outro dia a enfermeira veio falar que não tava funcionando mais, já tinha mudado, só que isso não chega pra gente” (Entrev. E).

O processo de incorporação da informação é complexo, e neste sentido, a indicação de formação permanente de recursos humanos é vastamente trabalhada na literatura²¹.

Há a convicção de que a formação acadêmica não é suficiente, apesar de que em tempos passados era esperado que fosse. O que se espera é que haja superação do modelo de serviços centrados em procedimentos e a implantação de serviços nos quais se permitam a discussão, análise, supervisão e reflexão da prática no cotidiano do trabalho com base na integralidade e autonomia²².

Dentre os entrevistados apenas um relatou que teve treinamento antes de ingressar no serviço da UBS. Fato este mostrado por outros profissionais como um obstáculo enfrentado no exercício de suas atividades.

“Os colegas novos que chegam aqui aprendem uns com os outros, não tem uma pessoa pra estar acompanhando pra dizer se está certo ou está errado o que eles estão fazendo” (Entrev. E).

Pode-se perceber nas entrevistas que os profissionais têm consciência da importância das capacitações que, segundo eles, deveriam ser oferecidas pela prefeitura do município. E quando perguntado aos profissionais o que poderia ser feito para melhoria da saúde no município, algumas respostas foram as seguintes:

“[...]um dos itens que poderia melhorar seria treinamento diariamente para os profissionais, em todas as áreas” (Entrev. B).

“[...]talvez um pouco mais de organização [...] treinamento para os funcionários, cursos de atualização” (Entrev. H).

Oferecer educação permanente é formar um profissional com mais senso crítico, com capacidade de

trabalhar em equipe, com predisposição a aceitar o novo. Compreende-se que profissionais de saúde interessados, comprometidos e esforçados em obter conhecimentos, contribuem para a transformação da prática educativa, no intuito de desenvolver habilidades²³.

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sugere que os processos de educação das equipes de saúde se deem a partir dos problemas encontrados nos locais de trabalho, e ressalta ainda que as demandas por mudanças e melhorias, devem ter como base a análise do processo de trabalho, nos suas dificuldades e desafios. A educação permanente empenha-se na perspectiva da transformação, considera as singularidades, necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, fortalecendo, assim, a atenção integral a saúde²⁴⁻²⁵.

➤ Dimensão política:

No exercício da política, em vez de prevalecer o interesse coletivo, o bem-estar de todos, tem predominado um “realismo político que considera ingênua qualquer postura que não traga para o centro do palco a conquista e manutenção do poder”²⁶.

O acesso fácil dos profissionais de saúde da UBS a funcionários da secretaria de saúde do município, os quais detém o poder “maior”, faz com que alguns obtenham certos privilégios, ou seja, prevalece a centralidade do poder político.

“[...] a gente trabalha com livro de ponto; como é prefeitura muita gente acha que pode fazer o que quer, né? As vezes a falta vai lá pra secretaria quando chega lá vem um [...] e corta essa falta [...]” (Entrev. E).

Pode-se observar, assim, que a proximidade existente entre as pessoas em cidades pequenas acaba levando a política a uma transversalidade orientada para os interesses pessoais existentes entre os envolvidos, e não para o interesse coletivo. Mais uma vez, prevalece nessas relações a racionalidade estratégica, em que um sujeito visa, simplesmente, a manipular outros ou tratá-los como meios para alcançar sua finalidade, suas metas²⁷.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu entender como os profissionais da UBS de Nova Esperança do Piriá pensam e agem na realização de suas atividades. Os resultados obtidos após a conclusão da pesquisa foram informados ao gestor do município, a fim de guiar os passos para futuras tomadas de decisões no intuito de promover melhorias nas condições de trabalho e no serviço prestado à população.

Dentre as consequências da inadequação da estrutura física, fato esse um dos mais citados pelos entrevistados, tem-se a possível redução de acesso dos usuários, de resolutividade, continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações, além de ocasionar aos profissionais comprometimento de autonomia, desgaste, conflito com os usuários e dificuldade de atingir metas.

No entanto, apesar de todas as dificuldades visíveis, foi perceptível também que os funcionários sempre esgotam todas as alternativas existentes para que o usuário não saia da unidade sem atendimento e vão driblando os percalços com a ajuda uns dos outros.

Assim, propõem-se algumas estratégias que podem ser tomadas para ajudar na melhoria do serviço de saúde da UBS como a melhoria da estrutura física da unidade, aprimoramento e capacitação dos funcionários, contratação de mais profissionais de saúde, além de melhor organização no sistema de referência e contra referência a fim de oferecer atenção integral e contínua.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº. 8080/90. Brasília: *Diário Oficial da União*, n. 182, p. 18055-9, 20 set. 1990, seção I. 1990.
2. Brasil. Lei nº. 8142/90. Brasília: *Diário Oficial da União*, p. 25694, 31 dez. 1990, seção I. 4. 1990.
3. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 6ª ed. São Paulo: Santos; 2013.
4. 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. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2011; 16:881-892.

5. Narvai PC. Da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2006; 40:141-147.
6. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.
7. Brasil. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família – Diretriz Conceitual*. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 19 jun 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
9. Marx K. *O capital*. São Paulo: Nova Cultural; 1996.
10. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: *Ver-SUS: Caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Cidades*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150495&search=||info%EFicos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 27 nov. 2018.
12. Nova Esperança do Piriá. *Histórico do município*. 2015. Disponível em: <http://www.novaesperancadopiria.pa.gov.br/novo_site/index.php?nivel=1&exibir=secoes&ID=12>. Acesso em: 27 nov 2018.
13. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso Versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4):679-84.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ªed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Schmitt MD, Maia JC, Almeida MA, Adamy EK. Obstáculos assinalados por enfermeiros da atenção básica em saúde na realização de coleta de dados. *Revista enfermagem UFPE on line*. Recife. 2015; 9(3):7688-94.
17. Simões AL, Freitas CM. Análise sobre as condições de trabalho de equipe de saúde da família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. 2016; 40(109):47-58.
18. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: Percepções de Enfermeiros. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(1):58-65.
19. Oliveira TA, Mesquita GV, Valle ARMC, Moura MEB, Tapety FI. Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência. *Rev Enferm UFPE on line*, Recife. 2016;10(Supl. 3):1397-406.
20. Ferreira RCZ, Caliar JS, Figueiredo RM. Concepções de enfermeiros sobre o tratamento supervisionado da tuberculose no Brasil. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento- RIASE [online]*. 2015; 1(2):219-32.
21. Camargo Júnior KR, Saraiva EM, Bustamante Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(1):58-68.
22. Ceccim RB. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação [online]*, Botucatu. 2007; 11(22):343-63.
23. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação [online]*, Botucatu. 2005; 9(16):161-177.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
25. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc de Enferm*, São Paulo. 2010; 44(3):597-604.
26. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trab. Educ. Saude [online]*. 2006; 4(1):19-31.
27. Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordoni Junior L. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. *Interface: comunicação, saúde, educação [online]*, Botucatu. 2016; 20(58):573-584.