

Planejamento local de saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde

Local health planning: care of the elderly versus Permanent Health Education

Planificación local de salud: atención al adulto mayor versus Educación Permanente en Salud

Iara Sescon Nogueira¹

Célia Maria Gomes Labegalini¹

Lígia Carreira¹

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹

Descritores

Atenção primária à saúde; Saúde do idoso; Educação continuada; Políticas públicas de saúde; Práticas educativas

Keywords

Primary health care; Elderly health; Continuing education; Public health policies; Educational practices

Descriptores

Atención primaria a la salud; Salud del anciano; Educación continúa; Políticas públicas de salud; Prácticas educativas

Submetido

31 de Outubro de 2018

Aceito

7 de Novembro de 2018

Autor correspondente

Iara Sescon Nogueira

<https://orcid.org/0000-0001-5815-9493>

E-mail: iara_nogueira@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800076>



Resumo

Objetivos: Analisar as propostas de Educação Permanente em Saúde e as ações de saúde no contexto do idoso nos planos locais de saúde.

Métodos: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado por análise documental de 29 planos locais de saúde de Unidades Básicas de Saúde de um município do estado do Paraná, Brasil. Os dados foram submetidos à Análise de Similitude utilizando o *software* IRaMuTeQ®. Utilizou-se como referencial teórico-analítico a *Práxis* Freiriana.

Resultados: A similitude das ações programadas de Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso destacou quatro zonas centrais, composta pelos vocábulos prevenção, grupo, NASF e idade, enquanto a similitude das ações programadas na atenção ao idoso originou duas zonas centrais, formadas pelas palavras grupo e idoso.

Conclusão: As propostas foram ambas centradas na atenção individual e coletiva, porém não foram pautadas na problematização e no envelhecimento ativo, privilegiando ações curativas em detrimento da integralidade da atenção ao idoso.

Abstract

Objective: To analyze the Permanent Health Education proposals and health actions, in the context of the elderly, within local health plans.

Methods: A qualitative, exploratory, descriptive study, conducted by documentary analysis of 29 local health plans of Basic Health Units of a city in Paraná state, Brazil. The data were submitted to Similitude Analysis using IRaMuTeQ® software. The Freirean Praxis was used as theoretical-analytical reference.

Results: The similitude of the planned actions of Permanent Health Education in the care of the elderly underlined four central zones, composed of the words: prevention, group, Brazilian Family Health Support Center (FHSC), and age; the similitude of planned actions in the care of elderly centered on two central zones, formed by the words, group and the elderly.

Conclusion: The proposals were both focused on individual and collective care, but were not based on problematization and active aging, favoring curative actions to the detriment of the integral care of the elderly.

Resumen

Objetivos: Analizar las propuestas de Educación Permanente en Salud y las acciones de salud en el contexto del adulto mayor en los planes de salud locales.

Métodos: Estudio cualitativo, exploratorio-descritivo, realizado a través del análisis documental de 29 planes de salud locales de Unidades Básicas de Salud de un municipio del estado de Paraná, Brasil. Los datos se sometieron al análisis de similitud utilizando el *software* IRaMuTeQ®. Se usó como referencial teórico-analítico la *Práxis* Freiriana.

Resultados: La similitud de las acciones programadas de Educación Permanente en Salud en la atención al adulto mayor destacó cuatro zonas centrales, conformadas por los vocablos prevención, grupo, NASF (Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia) e edad, mientras que la similitud de las acciones programadas en la atención al adulto mayor originó dos zonas centrales, formadas por las palabras grupo y anciano.

Conclusión: Las propuestas se centraron en la atención individual y colectiva, pero no fueron tenidas en cuenta en la problematización y en el envejecimiento activo; se privilegiaron acciones curativas en detrimento de la integralidad de la atención al anciano.

Como citar:

Nogueira IS, Labegalini CM, Carreira L, Baldissera VD. Planejamento local de saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(5):550-7.

¹Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é parte estruturante da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), vigente desde 2004, considera o cotidiano da saúde como parte essencial para o ensino-aprendizagem e articula trabalho e aprendizagem. A política almeja promover a qualificação e transformação dos processos de trabalhos das equipes de saúde a fim de fortalecer o desenvolvimento das práticas de cuidado e contribuir para a consolidação de novas ações em saúde.⁽¹⁻⁶⁾

Considerando o contexto de saúde como *locus* do desenvolvimento de ações de EPS, a atenção à saúde do idoso emerge como temática atual e crescente, pois o envelhecimento populacional é um fenômeno atual e progressivo em nosso país e traz consigo novas demandas para os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), exigindo que os profissionais de saúde estejam qualificados para o atendimento dessa população.⁽⁷⁾

Entretanto, os cuidados dedicados aos idosos na APS ainda estão voltados para as condições crônicas em detrimento da integralidade da atenção à saúde,^(8,9) descaracterizando um dos principais objetivos da APS, que é a prevenção de doenças e promoção da saúde a partir de um envelhecimento ativo e saudável,⁽⁷⁾ o que demonstra a necessidade de práticas educativas nessa temática.

Assim, para que se consiga atingir a integralidade do cuidado à saúde dos idosos, a assistência no cenário da APS, então, deve ser permeada pela EPS, que representa uma importante estratégia de promoção da ampliação do acesso e do cuidado integral e resolutivo acerca da saúde do idoso.⁽⁷⁾

Para isso e a fim de nortear as práticas de EPS e transformar as ações de saúde do idoso de modo efetivo, a inserção dessas temáticas no planejamento em saúde faz-se essencial. O gestor municipal é o responsável por garantir práticas de EPS para todos os profissionais do serviço, atentando especialmente para temáticas emergentes como a atenção ao idoso.⁽⁷⁾

Nessa direção, o planejamento se efetiva nos planos municipais de saúde e no contexto local da APS, nos planos locais de saúde. Estes são instru-

mentos gerenciais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e fazem parte de políticas intersetoriais baseadas na concepção ampliada de saúde, centrados na dinâmica de sua produção social, garantindo o direito à saúde com enfoque de base territorial. É um instrumento capaz de reconhecer e evidenciar que as especificidades locais existem e precisam ser consideradas no planejamento em saúde de modo a integrar e qualificar as ações de saúde,⁽¹⁰⁾ além de nortear as práticas de atenção e de educação no contexto da atenção ao idoso.⁽¹⁾

Por fim, os planos locais de saúde tornam-se iniciativas que apoiam e induzem os processos de EPS, auxiliando na produção em saúde, sobretudo na atenção ao idoso. Nesse sentido, a presente pesquisa foi ancorada na seguinte questão norteadora: nos planos locais de saúde, a EPS está relacionada com as ações na atenção ao idoso? Assim, objetivou-se analisar as propostas de EPS e as ações de saúde no contexto do idoso nos planos locais de saúde.

Métodos

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza exploratória-descritiva, com caráter analítico-interpretativo, realizada no período de agosto a outubro de 2017, que utilizou como fonte de dados os planos locais de saúde das UBSs de um município localizado na região Noroeste do estado do Paraná, Brasil.

Para isso, utilizou-se a técnica de análise documental, que consistiu em identificar, verificar e apreciar os documentos de planejamento local para que se pudesse desvelar as práticas na saúde do idoso que são permeadas pela EPS. Os planos locais de saúde são documentos públicos organizados pela gestão local das UBS, possuem periodicidade anual e tratam-se de fontes primárias, ou seja, documentos que ainda não receberam tratamento analítico e, por isso, serviram para interpretação e análise.⁽¹¹⁾

Tais documentos foram solicitados, por e-mail e/ou telefone aos gestores das 31 UBS do município referido. Obteve-se 29 planos locais, que foram arquivados em pastas virtuais, pois o material foi enviado em formato digital. Não se obteve retorno de

dois gestores. De posse dos documentos, foram utilizadas as seguintes questões para nortear a análise: Quais as ações programadas que norteiam a atenção ao idoso? E quais são as ações programadas que envolvem as práticas de EPS na saúde do idoso?

Para análise dos 29 planos locais de saúde, procedeu-se à leitura na íntegra do material e para cada questão norteadora organizou-se um texto com excertos dos planos, os quais deram origem a dois *corpus*: um sobre as ações programadas que envolviam as ações de EPS na saúde do idoso (*corpus um*); e outro sobre as ações programadas que envolviam as práticas assistenciais na saúde do idoso (*corpus dois*).

Esses *corpus* foram submetidos, separadamente, à análise lexicográfica utilizando o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires – IraMuTeQ*,⁽¹²⁾ utilizando a modalidade de Análise de Similitude, que possibilitou identificar as ocorrências e a conexão entre as palavras presentes em cada *corpus*, estas são agrupadas em zonas centrais e zonas periféricas auxiliando na identificação das estruturas representadas no conteúdo dos planos locais de saúde e gerando duas árvores de similitude que serviram para análise interpretativa cujo referencial teórico-analítico foi

a *Práxis* Freiriana,⁽¹³⁾ no que se refere ao potencial transformador da *práxis* nos processos de trabalho e de cuidado.⁽¹⁾

Ressalta-se que este estudo seguiu todos os critérios estabelecidos no instrumento *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* enquanto ferramenta de apoio em relação ao padrão para relatórios de estudos qualitativos.

Por se tratar de análise documental com documentos da gestão municipal, a presente pesquisa obteve parecer favorável para sua realização sob número 1.948.003/2017 (CAAE: 47111915.5.0000.0104), seguindo todos os preceitos éticos orientados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No que se refere às ações programadas de EPS na atenção ao idoso, a Figura 1 apresenta o leque semântico das palavras mais frequentes no *corpus um*. Foram geradas quatro zonas centrais: prevenção (n=59), grupo (n=39), NASF (n=32) e idade (n=50), e cinco zonas periféricas, que se ligaram à zona central prevenção (Figura 1).

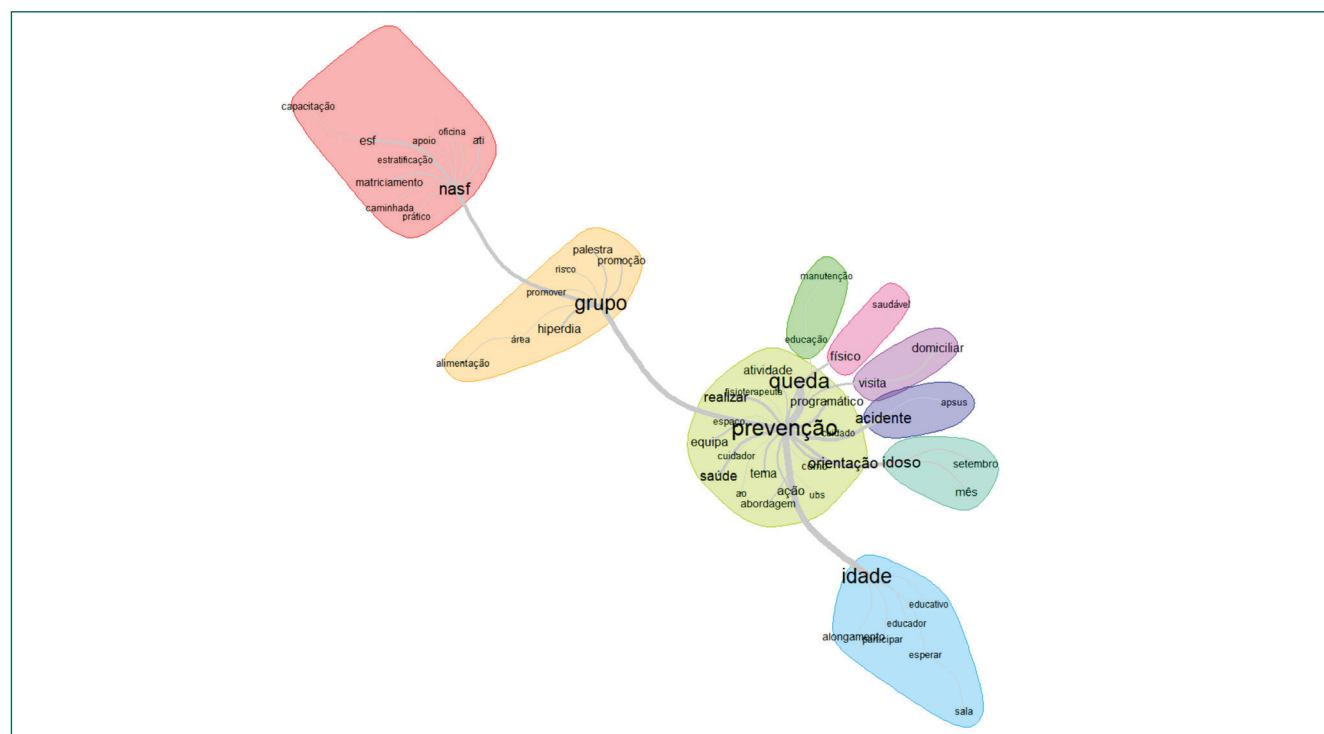


Figura 1. Análise de Similitude: ações programadas de Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso

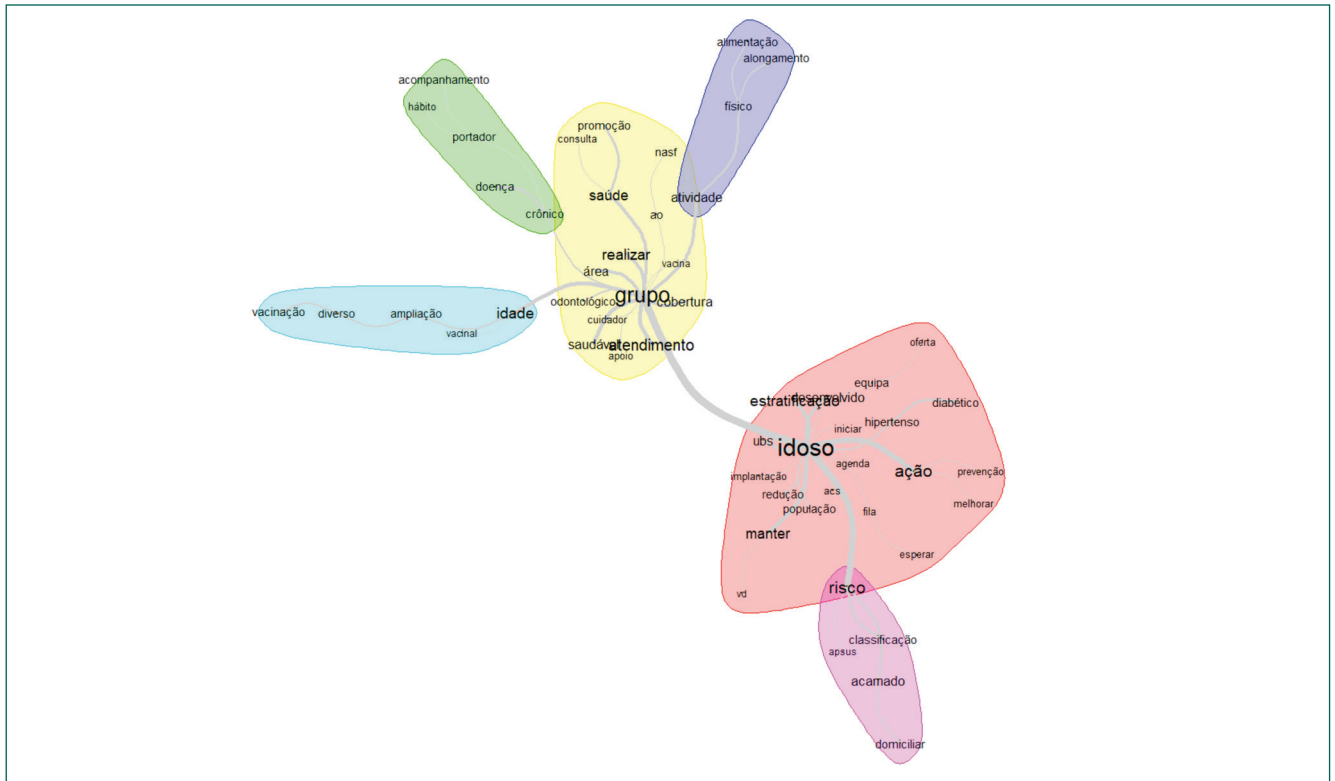


Figura 2. Análise de similitude: ações programadas na Saúde do Idoso

As ações programadas de EPS na atenção ao idoso apresentaram enfoque às ações desempenhadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto promotor de atividades educativas, assistenciais e na gestão de casos, seguido dos grupos operativos enquanto momentos oportunos para o desenvolvimento de EPS, sendo esta voltada para a prevenção de doenças e agravos, manutenção e promoção da saúde. Também são desenvolvidas ações de EPS no âmbito individual, na temática de prevenção de quedas, por meio de orientações aos idosos e seus cuidadores, realização de Visitas Domiciliares (VD) e ações centradas nas condições do envelhecimento.

No que se refere às ações programadas na atenção ao idoso, as palavras mais frequentes presentes no *corpus* dois formaram duas zonas centrais delimitadas pelas palavras grupo (n=38) e idoso (n=31). Uma apresentou ligação com três zonas periféricas e a outra ligou-se a uma zona periférica, respectivamente. Estas estão apresentadas a seguir na figura 2.

A partir da análise de similitude da figura 1 observou-se que as ações programadas na atenção ao idoso se desenvolvem a partir de duas estratégias

de cuidado, coletivamente durante os grupos operativos e voltadas para as condições crônicas, com atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, mas também se desenvolvem no âmbito individual com enfoque domiciliar para idosos acamados e ações de controle e acompanhamento das condições de saúde da terceira idade.

Discussão

Nesse contexto, percebeu-se que as ações programadas de EPS acerca da atenção ao idoso e de ações programadas na saúde do idoso não foram elaboradas em consonância, visto que, embora ambas sejam centradas na atenção individual e coletiva, as ações programadas de atenção ao idoso não incluem ações do NASF na educação das equipes, assistenciais, de matriciamento e de gestão de casos, reduzindo o papel do NASF ao apoio de grupos operativos com as equipes de ESF.^(14,15)

Ao planejar a EPS e a atenção à saúde sem o mesmo fio condutor da problematização dos contextos – que o NASF é vocacionado – a EPS não

é assumida como educação do trabalhador pelo trabalho,^(1,2,5,16) uma vez que o trabalho real que se materializa pelo planejamento das ações na atenção ao idoso não listou qualquer ação do NASF nesse sentido. Diante desse fato, os planos locais de saúde dicotomizam educação e assistência, distanciando, dessa forma, os ideais da EPS.

Sabendo, pois, que o preconizado nas ações programadas ao idoso tem uma real possibilidade de implantação por meio da EPS,⁽¹⁾ não é possível que se desenvolvam sem a incorporação das equipes NASF as ações planejadas na atenção ao idoso, sobretudo porque um dos papéis prioritários do NASF é o apoio técnico-pedagógico a fim de enfrentar a cultura da fragmentação da atenção e desresponsabilização do cuidado.^(14,15)

O NASF potencializa a reflexão coletiva e colabora para a aprendizagem significativa, por meio da EPS, permitindo aos profissionais reverem os processos de trabalho e desenvolverem a consciência crítica necessária para o alcance das transformações de saberes e fazeres^(13,17) na atenção ao idoso. Ao desconsiderar o papel do NASF no processo de trabalho, desconsidera-se também seu potencial educador, o que pode impedir a *práxis* enquanto indutora da transformação da realidade.^(2,5,13)

Na EPS, em que trabalho é fundamento educativo e transformador da realidade, o profissional é protagonista das transformações desejadas em sua prática concreta.^(1,5,18,19) Por meio da problematização das práticas e da busca de alternativas para sua transformação a EPS se faz presente, pois estimula a ação-reflexão-ação e possibilita propostas de soluções viáveis para a realidade vivida. Nessa perspectiva, problematizar significa “pensar a prática”, pressupondo romper com a lógica individual para se pensar em equipe,⁽⁶⁾ sugerindo a atuação do NASF nesse contexto, de modo a impactar nos serviços uma atuação compromissada, qualificada e crítico-reflexiva, concretizando, dessa forma, a *práxis*.^(3,13)

No entanto, verificou-se nos planos locais de saúde analisados que a EPS na atenção ao idoso é reduzida à temática de prevenção de quedas na terceira idade, sendo esta a temática mais relevante na EPS que permeou as programações de saúde na atenção ao idoso, e limitada em atividades desenvol-

vidas durante o mês de setembro em que a gestão federal sugere que se intensifiquem ações para a população idosa por ser o mês considerado do idoso.

Assim, há carência de atividades de EPS que qualifiquem o cuidado contextualizado ao idoso na APS, visto que desconsideram os demais influentes no envelhecer ativo e saudável, e, quando existem, são esparsas e descontinuadas,⁽²⁰⁾ descaracterizando o pensar e o agir pautado na prática.

Também, as ações programadas de EPS na atenção ao idoso resumem-se às capacitações e oficinas, muitas em formato de palestras, mantendo lógica linear de aprendizagem pouco contextualizada na realidade concreta, a qual não valoriza os profissionais enquanto indivíduos capazes de refletir e transformar a prática a partir de seus saberes.⁽²¹⁾ Nesse contexto, o “Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS”, uma iniciativa da gestão estadual cujo objetivo era organizar as ações e serviços na APS, foi realizado por meio de oficinas; uma delas definiu estratégias para classificação da população idosa no território da ESF.⁽²²⁾

Embora pautada em metodologia ativa, isto é, não apresenta mecanismo de repasse de informações, mas, sim, a construção de conhecimentos,⁽²⁾ desconsiderou os distintos contextos e centrou-se na definição de diretrizes para o levantamento das condições de idosos,⁽²²⁾ mas não a organização da atenção à saúde da pessoa idosa de maneira problematizada, que instituiria a EPS.⁽¹⁶⁾ Assim sendo, portou-se como uma atividade de capacitação profissional, apesar de apresentar grande influência para se pensar o processo de trabalho que seria necessário para prevenir acidentes ao idoso na perspectiva de cuidados.

Há de se destacar que nem toda capacitação implica em um processo de EPS porque não se envolve diretamente com a transformação real das práticas em saúde, embora toda capacitação almeje a melhoria do desempenho dos profissionais que inegavelmente é necessário para efetivar a *práxis*.⁽¹⁾ Portanto, a capacitação profissional pode ser dita como aquela que possibilita o acesso a novos conhecimentos e competências para que, em momento oportuno, a inserção crítica na realidade concreta, a partir da reflexão diária, seja capaz de associar saberes e fazeres e caminhar para a transformação das práticas.^(13,23)

Nesse contexto, ressalta-se que na EPS, embora tenha origem no cotidiano do trabalho, o adequado preparo do profissional é necessário, visto que ele é a fonte de conhecimento que desvela a *práxis*.^(1,24) Nessa perspectiva, problematizar a prática só se faz possível mediante conhecimentos. EPS e capacitação, portanto, são indissociáveis, não devendo a segunda acontecer desmembrada de ideias de transformação, sob risco de instaurar-se o ativismo.^(3,13) Nesse sentido e em ambos os casos, devem haver fluxos à reflexão crítica de forma a conduzir para a educação que pensa não apenas o trabalho, mas a produção do mundo,⁽²⁾ estimulando os profissionais a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde.⁽⁵⁾

De forma mais alinhada a esses ideais de EPS, o ensino e a aprendizagem estão incorporados no cotidiano das práticas na atenção ao idoso na APS, no contexto real em que ocorrem, configurando a EPS no contexto de atenção domiciliar: durante a VD. A prática como fonte de conhecimento problematiza o próprio fazer e permite aos profissionais construir novos saberes e práticas a partir de suas reflexões,^(1,2,5,13,23) tal qual a atenção ao idoso está prevista nos planos locais de saúde analisados no presente estudo.

Sobre isso, salienta-se a importância dada ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a realização e agendamento dessas VDs, que por sua vez contribuem dialogicamente ao possibilitarem a troca de saberes entre os profissionais envolvidos, que ao problematizarem a realidade vivenciada, instigados por suas experiências, encontram estratégias que potencializam o cuidado ao idoso, recriando a própria prática e permitindo a ação-reflexão-ação.^(13,25)

O mesmo ocorre nos grupos operativos e atividades educativas em sala de espera, que são também *lôcus* da EPS enquanto estrutura de interação entre os diversos profissionais de saúde, abrangendo as equipes de ESF e NASF ao permitirem o diálogo horizontal que permeia a *práxis*⁽¹³⁾ potencializando a aprendizagem profissional, evitando a fragmentação do saber e otimizando os espaços de cuidado e de saúde.^(1,5) Em permanente movimento dialético, esses momentos constituem processos de construção e desconstrução de saberes e fazeres, tornando-se,

por meio da EPS, recursos estratégicos para a gestão do trabalho e também para a educação na saúde.⁽⁵⁾

De acordo com os planos, observou-se que tanto as ações programadas para a EPS como as de atenção ao idoso, no município estudado, foram escassas, lamentavelmente uma situação usual nos serviços de APS.⁽²⁶⁾ As ações existentes não foram planejadas de maneira que abordem a integralidade de saúde da pessoa idosa,^(8,9) predominando o modelo assistencial biomédico que privilegia as ações curativas, como o acompanhamento domiciliar de idosos acamados e o controle das condições crônicas, por meio do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial e/ou *Diabetes mellitus*, popularmente conhecido como HIPERDIA, a despeito da avaliação global do idoso proposta pelo Caderno de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde.⁽⁷⁾

Os modelos hegemônicos distanciam-se da EPS e pouco utilizam os planejamentos em saúde como ferramenta de gestão,⁽²⁷⁾ mas continuam exercendo grande influência nas práticas e organização da APS,^(17,27,28) como apreendeu-se nesta pesquisa.

Como resultado, o idoso parece ser visto pelo planejamento local resumido à doença que possui. Por essa razão, identificou-se que as ações programadas a essa população são declaradamente para acompanhamento e controle de doentes crônicos, associando o idoso com doenças e reduzindo o leque de ações de cuidado. A falta de temas relativos ao envelhecimento saudável nos planos locais dificulta a implementação de uma política de saúde do idoso que contemple a senescência,⁽²⁰⁾ muito embora algumas atividades promotoras de saúde estiveram evidentes no material analítico, como hábitos saudáveis de exercício físico e alimentação saudável.

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde participem efetivamente e com autonomia do processo de planejamento e implementação das ações programadas para as quais a EPS deve estar presente⁽⁷⁾ de forma a garantir a integralidade do atendimento de saúde à população idosa, essencial para a superação dos limites das práticas tradicionais de saúde, qualificando, assim, o serviço e o cuidado prestado.^(2,19)

Como limitações deste estudo, destaca-se que as ações programadas de saúde na atenção ao idoso e na EPS não foram comparadas com o que de fato é executado na prática. Sugere-se, assim, que sejam realizados novos estudos para complementar os achados, bem como em outros contextos e cenários para fortalecer o conhecimento a respeito da EPS e atenção ao idoso na APS.

Conclusão

As ações programadas de EPS e as de atenção ao idoso são centradas na atenção individual e coletiva, porém desconsidera o papel do NASF enquanto potencializador da *práxis*, o que pode impedir a transformação de saberes e fazeres. Além disso, as ações programadas de saúde acerca da atenção ao idoso não foram pautadas na problematização e no envelhecimento saudável e ativo, privilegiando ações curativas voltadas às condições crônicas em detrimento da integralidade da atenção ao idoso, também limitando o aprendizado pela prática.

Agradecimentos

Agradecemos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de mestrado fornecida a Iara Sescon Nogueira.

Colaborações

Nogueira IS, Labegalini CMG, Carreira L e Baldissera VDA contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2009. 64 p.

2. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174 p.
3. Miccas FL, Batista SH. [Permanent education in health: a review]. Rev Saúde Pública. 2014; 48(1):170-185. Portuguese.
4. Gigante RL, Campo GW. [Continuing training and education in health policy in brazil: legal basis and theoretical referencess]. Trab Educ Saúde. 2016;14(3):747-63. Portuguese.
5. Lemos CL. [Ongoing Health Education in Brazil: education or ongoing management?]. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(3):913-22. Portuguese.
6. Cardoso ML, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RM. [The National Permanent Health Education Policy in Public Health Schools: reflections from practice]. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(5):1489-500. Portuguese.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
8. Martins AB, D'ávila OP, Hilgert JB, Hugo FN. [Primary healthcare geared to the needs of the elderly: from theory to practice]. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19(8):3403-16. Portuguese.
9. Silva KM, Santos SM. [The nursing process in family health strategy and the care for the elderly] Texto & Contexto Enferm. 2015;24(1):105-11. Portuguese.
10. Moysés ST, Sá RF. [Local health promotion plans: intersectoralities created in the territory]. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(11):4323-9. Portuguese.
11. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrriere A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos [traduzido por Ana Cristina Nasser]. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.
12. Camargo BV, Justo AM. [IRAMUTEQ: A Free Software for Analysis of Textual Data]. Temas em Psicologia. 2013; 21(2):513-8. Portuguese.
13. Freire P. Pedagogia do oprimido. 65a ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2018. 256p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
15. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy - delivering community-based primary care in a universal health system. New Engl J Med. 2015;372(23):2177-81.
16. Machado JF, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos ML. [Continuing education in the daily of Primary Care in Mato Grosso do Sul]. Saúde Debate. 2015;39(104):102-13. Portuguese.
17. Leite DG, Souza MC, Maximino DA, Bezerra EP, Filho JS, Virgínio NA, et al. The Family Health Support Core (NASF) And Health Practices: Are There Many Challenges To Be Overcome? Int Arch Med. 2017;10(106):1-9
18. Mertens F, Groot E, Meijer L, Wens J, Cherry MG, Deveugele M. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. Med Teach. 2018; 40(2):117-34.
19. Campos KF, Sena RR, Silva KL. [Permanent professional education in healthcare services]. Esc Anna Nery. 2017; 21(4):e20160317. Portuguese.

20. Costa NR, Aguiar MI, Rolim IL, Rabelo PP, Oliveira DL, Barbosa YC. [Health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care]. *Rev Pesq Saúde*. 2016;16(2):95-101. Portuguese.
21. Yardley S, Cottrell E, Rees E, Protheroe J. Modelling successful primary care for multimorbidity: a realist synthesis of successes and failures in concurrent learning and healthcare delivery. *BMC Family Practice*. 2015;16(1):23.
22. Paraná (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Oficinas do APSUS. 9ª Oficina do APSUS. O APSUS Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Curitiba (PR): Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2014.[citado 2018 Nov 6]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf
23. Smith-Carrier R, Pham TN, Akhtar S, Nowaczynski M, Seddon G, Sinha S. "A More Rounded Full Care Model": Interprofessional team members perceptions of home-based primary care in Ontario, Canada. *Home Health Care Services Q*. 2015; 34(3):232-251. A
24. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)*. 2015; 37(4):716-27.
25. Pype P, Peersman W, Wens J, Stes A, Eynden BVD, Deveugele M. What, how and from whom do health care professionals learn during collaboration in palliative home care: a cross-sectional study in primary palliative care. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1):501.
26. Castanheira ER, Nemes MI, Zarili TF, Sanine PR, Corrente JE. [First application of the QualiAB questionnaire in the assessment of Primary Care services in small and medium-sized cities in the state of São Paulo]. *Saúde Debate*. 2014; 38(103):679-91. Portuguese.
27. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. [The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1869-78. Portuguese.
28. Silva LA, Casotti CA, Chaves SC. [Brazilian scientific production on the Family Health Strategy and the change in the model of care]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):221-32. Portuguese.