



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Vânia Silva de Barros

**Qualificando a atuação junto a crianças com dificuldades de aprendizagem:
uma proposta de matriciamento intersetorial**

Belo Horizonte

2020

Vânia Silva de Barros

**Qualificando a atuação junto a crianças com dificuldades de aprendizagem:
uma proposta de matriciamento intersetorial**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção de
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Amanda Nathale Soares

Belo Horizonte

2020

Vânia Silva de Barros

B277q

Barros, Vânia Silva de.

Qualificando a atuação junto às crianças com dificuldade de aprendizagem: uma proposta de matriciamento intersetorial. /Vânia Silva de Barros.
- Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

40 f.

Orientador(a): Amanda Nathale Soares.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Transtorno de Aprendizagem. 2. Atenção Primária em Saúde.
3. Matriciamento. 4. Intersectoriedade. I. Soares, Amanda Nathale. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WS 110

Vânia Silva de Barros

Qualificando a atuação junto a crianças com dificuldades de aprendizagem:
uma proposta de matriciamento intersetorial

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública do
Estado de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção de título de
Especialista em Saúde Pública.

Banca Examinadora

Orientadora: Amanda Nathale Soares – ESP-MG

Avaliadora: Érica Menezes dos Reis – ESP-MG

Avaliadora: Amanda Carvalho Duarte – Prefeitura de Nova Lima

Belo Horizonte

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a oportunidade de ter tido a honra de participar do Curso de Especialização em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, que tanto contribui para o aprimoramento e o crescimento dos profissionais de saúde. Penso que o espaço propiciado a nós alunos é uma oportunidade ímpar de atualização do conhecimento, bem como de ampliação de nossa network. Esse processo impactou-me positivamente no trabalho diário. Conhecer professores altamente capacitados e comprometidos com o processo de ensino-aprendizagem foi uma experiência gratificante. Poder ter acesso a uma pedagogia “inovadora” em que o nosso saber foi valorizado e enriquecido fez-me lembrar de Rubem Alves, quando nos diz que o professor deve ser um produtor de “espantos” e, como tal, é o criador da alegria de pensar. E foi com essa alegria que participei de todas as aulas, tendo sempre a consciência de que seria provocada no meu conhecimento e no meu cotidiano, atiçada na minha curiosidade e convidada a buscar novos fazeres, tornando-me assim e porquê não em uma psicóloga do “espanto”. Faço aqui também o meu agradecimento carinhoso à minha orientadora Amanda Nathale, que sempre demonstrou disponibilidade e conhecimento para guiar-me nessa aventura que foi escrever este projeto.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática (FREIRE, 2003, p. 61)

RESUMO

A situação de crianças com dificuldades de aprendizagem está muito além da sala de aula. Muitas das demandas que chegam à Atenção Primária em Saúde revelam mais questões socioeconômicas e familiares do que um transtorno de aprendizagem passível de intervenção isolada pelos profissionais de saúde. Disso decorre, entre outros aspectos, a importância de se abordar questões relativas ao contexto socioeconômico em que as crianças do território estão inseridas. Nesse sentido, torna-se importante e necessário criar estratégias intersetoriais para a realização de análises e intervenções que deem conta da complexidade que envolve o contexto das crianças com dificuldades de aprendizagem. Por isso, proponho um projeto de intervenção para a constituição de um processo de matriciamento que envolva profissionais do centro de saúde, da escola e do conselho tutelar. A intenção é dialogarmos sobre as situações em que vivem as crianças, discutirmos os casos encaminhados aos centros de saúde e pensarmos em processos de atuação conjunta que sejam capazes de acolher as demandas apresentadas pelas crianças e pelas suas famílias. O projeto de intervenção é composto por oito etapas, que envolverão os diferentes atores participantes. Espera-se que a realização deste projeto, em última instância, possibilite a construção conjunta de respostas intersetoriais, integradas e mais assertivas para os casos de crianças com dificuldades de aprendizagem.

Palavras-chave: Transtorno de Aprendizagem; Atenção Primária em Saúde; Matriciamento; Intersetorialidade.

ABSTRACT

The situation of children with learning difficulties is far beyond the classroom. Many of the demands that come to Primary Health Care reveal more socioeconomic and family issues than a learning disorder liable to isolated intervention by health professionals. This results, among other aspects, in the importance of addressing issues related to the socioeconomic context in which the children of the territory are inserted. In this sense, it is important and necessary to create intersectoral strategies for carrying out analyzes and interventions that take into account the complexity that surrounds the context of children with learning difficulties. For this reason, I propose an intervention project for the establishment of a matriculation process involving professionals from the health center, the school and the tutelary council. The intention is to talk about the situations in which the children live, discuss the cases referred to health centers and think about processes of joint action that are able to accommodate the demands presented by the children and their families. The intervention project consists of eight stages, which will involve the different participating actors. Ultimately, it is expected that the realization of this project will enable the joint construction of intersectoral, integrated and more assertive responses for the cases of children with learning difficulties.

Keywords: Learning Disabilities; Primary Health Care; Matrixing; Intersectoriality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Cronograma para execução das etapas do Projeto de Intervenção	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção primária de saúde

CRAS – Centro de referência de assistência social

ESF – Equipe de saúde da família

ILPI – Instituição de longa permanência

NASF-AB – Núcleo ampliado de saúde da família e Atenção básica

ONG – Organização não governamental

PACS – Programa de agentes comunitários em saúde

PNEPS – Política nacional de educação permanente em saúde

Pro EPS SUS – Programa para fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde

PSF – Programa de saúde da família

SISREG – Sistema de regulação e marcação de consultas

UNA-SUS – Universidade aberta

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1. Histórico e caracterização do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária à Saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica.....	14
2.2. O NASF-AB	15
2.3. Apoio Matricial.....	17
2.4. Educação Permanente em Saúde	19
3. CONTEXTUALIZAÇÃO	23
4. A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
4.1. Etapa 1: Apresentação e discussão da proposta junto à gerência da educação e da saúde do Distrito Nordeste, à gerência do Centro de Saúde São Paulo e ao Conselho Municipal da Criança e do Adolescente	25
4.2. Etapa 2: Apresentação e discussão da proposta junto à coordenação e aos profissionais do NASF-AB da regional Nordeste	26
4.3. Etapa 3: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto aos profissionais do Centro de Saúde São Paulo.....	26
4.4. Etapa 4: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto à diretoria da Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo	27
4.5. Etapa 5: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto ao Conselheiro Tutelar.....	27
4.6. Etapa 6: Primeiro Encontro do Matriciamento	27
4.7. Etapa 7: Segundo Encontro do Matriciamento	28
4.7.1. Caso a ser discutido	29
4.7.1.1. Síntese dos atendimentos do psicólogo do NASF ao pai e à avó de João	29
4.7.1.2. Relato do psicólogo do NASF sobre os atendimentos ao João.....	30
4.8. Etapa 8: Terceiro Encontro do Matriciamento	31
5. CRONOGRAMA	32
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

Durante a minha trajetória profissional como psicóloga, atuei nas áreas de recursos humanos e psicologia clínica. Como psicóloga clínica, trabalhei por mais de 20 anos como autônoma, em consultório particular, atendendo famílias, adolescentes e crianças. Por meio de um concurso municipal, ingressei no serviço público no ano de 2011 como psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Belo Horizonte, no qual atuo até hoje.

A equipe do NASF-AB tem o objetivo de ser uma apoiadora das equipes de Saúde da Família (eSF), por meio de reuniões de matriciamento, e também deve atender em diversos níveis aos usuários (atendimento em grupo, visita domiciliar e atendimento individual) e aos parceiros locais, tais como creches, escolas, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Organizações Não Governamentais (ONG) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Para tanto, o NASF-AB possui suporte legislativo e instrumentalização necessária, configurando-se como uma base matricial para o desenvolvimento das ações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ANDRADE *et al.*, 2012).

A multiplicidade de envolvimento do NASF-AB permite que a equipe multiprofissional, composta por psicólogo, educador físico, farmacêutica, fisioterapeuta, fonoaudióloga e nutricionista, conheça o território em que está inserida e construa propostas operativas que visam a contribuir para a solução de alguma dificuldade vivida não só pelo usuário, como também pelos profissionais das eSF. É função da nossa equipe acolher e propor alguma intervenção para atendermos aos usuários encaminhados pela ESF ao NASF-AB. Nos casos em que a demanda é muito grande, utilizamos a estratégia dos grupos para contemplar maior número de usuários (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), a exemplo de um grupo de idosos, que possui oito anos de existência, e de um grupo de atendimento a crianças que apresentam dificuldades leves a moderadas nas questões de aprendizagem escolar.

Sobre a realização do grupo com as crianças com dificuldades de aprendizagem, o que percebo é que se trata de um espaço ainda insuficiente frente à grande demanda que chega ao NASF-AB. Avalio que isso decorre, principalmente, do excessivo número de encaminhamento das escolas públicas ao centro de saúde, o que acaba gerando uma sobrecarga à nossa restrita agenda. Como consequência, percebemos que vários encaminhamentos ficam perdidos ao longo do processo, por motivos diversos, entre os quais ressaltamos os encaminhamentos equivocados, que chegam com queixa de dificuldade de aprendizagem, mas, na verdade, trata-

se mais de um sintoma ou expressão de um contexto complexo de questões relacionadas à vida da criança (ANJOS *et al.*, 2013).

Entendemos que a dificuldade de aprendizagem está muito além da sala de aula. Os efeitos da vivência de questões socioeconômicas e familiares pela criança, geralmente, são o baixo rendimento escolar, o que acaba gerando resultados insatisfatórios tanto para o aluno como para a escola, sem que seja feita uma análise da situação mais ampliada na qual a criança está inserida. A escola, com uma certa rapidez, atribui à criança a definição de que é portadora de alguma dificuldade de aprendizagem, patologizando, muitas vezes, uma condição que é familiar, social, etc.

Encaminhadas pelas escolas, pelas próprias famílias e pelas eSF, os casos das crianças “portadoras de dificuldades de aprendizagem” chegam para serem avaliados pelo NASF-AB. Em um primeiro momento, são discutidas as situações das crianças durante as reuniões de matriciamento entre eSF e equipe do NASF-AB. Em um segundo momento, após realizarmos o atendimento da criança, percebemos, muitas vezes, que os problemas apresentados são extramuros escolares e quase sempre voltados às questões psicossociais, econômicas, familiares ou de origem cognitiva que acabam interferindo na vida escolar. Em um terceiro momento, a partir da avaliação feita pelo psicólogo e pelo fonoaudiólogo do NASF-AB, caso a criança se enquadre dentro dos critérios da regulação, é inserida no Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (Sisreg) e entra para a fila de espera das clínicas conveniadas ou para reabilitação pediátrica, conforme o caso. A Prefeitura de Belo Horizonte possui convênio com poucas clínicas que atendem às crianças encaminhadas pelos centros de saúde da região Nordeste, uma das maiores regionais da capital e na qual atuo. Como a fila de espera é extensa, a criança acaba não recebendo a assistência necessária em tempo hábil.

Diante desse contexto, o que percebo é que se torna impossível um atendimento psicoterapêutico e fonoaudiológico pela equipe do NASF-AB para todas as crianças que nos são encaminhadas como portadoras de dificuldades de aprendizagem. Existe uma demanda muita alta por um serviço que funciona quatro horas por dia, duas vezes por semana, com apenas uma psicóloga e uma fonoaudióloga. Além disso, como já colocado, muitas demandas que chegam até nós revelam mais questões socioeconômicas e familiares do que um transtorno de aprendizagem passível de intervenção isolada pelos profissionais de saúde. Disso decorrem duas questões: i) a dificuldade e o atraso no diagnóstico, no acompanhamento e na intervenção junto às crianças que realmente apresentam um transtorno de aprendizagem; e ii) a importância de abordar questões relativas ao contexto socioeconômico em que as crianças do território estão

inseridas, como, por exemplo, famílias com baixo nível de escolaridade, disfuncionais e/ou com renda familiar limitada.

Considerando esse cenário, torna-se importante e necessário criar estratégias de intervenção intersetorial para atuarmos nas situações de crianças com dificuldades de aprendizagem. O trabalho intersetorial constitui um importante dispositivo para apoiar o setor saúde no desenvolvimento de intervenções mais ampliadas, que considerem como objeto diferentes aspectos das condições de vida e de saúde das pessoas (BUSS, 2000).

Neste projeto, entende-se que a parceria com diferentes setores e segmentos sociais é fundamental para a realização de análises e intervenções que deem conta da complexidade que envolve o contexto das crianças com dificuldade de aprendizagem. Nesse sentido, proponho, neste trabalho, a constituição de um processo de matriciamento que envolva profissionais do centro de saúde, da escola e do conselho tutelar para dialogarmos, intersetorialmente, sobre as situações em que vivem as crianças, discutirmos os casos encaminhados aos centros de saúde e pensarmos em processos de atuação conjunta que sejam capazes de acolher as demandas apresentadas pelas crianças e pelas suas famílias, construindo respostas integradas e mais assertivas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Histórico e caracterização do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária à Saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica

Em março de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. Sua realização contou com expressiva participação popular e resultou no desenho da seção saúde, assegurada, posteriormente, pela Constituição Federal de 1988 (CF/88). As conferências de saúde foram estabelecidas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, com o objetivo basilar de proporcionar a articulação do governo federal com os governos estaduais, repassando aos estados as informações para que pudessem formular políticas, receber a concessão de subvenções e auxílios financeiros (ANDRADE *et al.*, 2012).

O artigo 196 da CF/88 reconheceu que a saúde é direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado (BRASIL, 1990a). Em função disso, regulamentou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990a), e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990b). O SUS é então definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações em saúde (...)” (BRASIL, 1990b, p. 03).

Em termos históricos, para PAIM *et al.* (2012), as primeiras ações no SUS dedicadas à modificação na organização da atenção à saúde no Brasil, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (APS), surgiram em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi reconhecido, por meio da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, como estratégia basilar da reorganização da APS do país e desde então passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

Segundo SAMPAIO *et al.* (2013), a ESF demonstrou-se como uma estratégia viável e oportuna para o processo de reorganização da APS, visando à construção de uma forma diferente de pensar e fazer saúde pública no Brasil. Com grande expansão na maioria dos municípios brasileiros desde os anos 2000 (DOURADO *et al.*, 2011), a ESF é considerada a porta de entrada para o SUS e suas equipes assumem a responsabilidade de um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação. Isso permite às equipes de saúde compreenderem, mais amplamente, o processo saúde-doença das pessoas e desenvolverem intervenções que vão além

das práticas curativas, contribuindo para a oferta de um cuidado integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009).

Aquino *et al.* (2014) afirmam que, paralelamente à ampliação da cobertura assistencial alcançada pela ESF e buscando maior atendimento às necessidades de saúde das pessoas, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF seria constituído por outras categorias profissionais que até então não faziam parte das equipes da APS (BRASIL, 2011) e, segundo Aciole e Oliveira (2017), seu objetivo inicialmente era apenas servir de apoio às eSF para que pudessem ampliar o escopo das ações na APS. Em 2017, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o NASF teve sua nomenclatura redefinida, passando a ser denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, NASF-AB (BRASIL, 2017).

22 O NASF-AB

Segundo Facchini *et al.* (2018), o objetivo da atuação do NASF-AB é apoiar a consolidação da APS no Brasil, por meio da atuação integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF). Tem como finalidade fomentar ações “voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade” e ampliar a capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, em termos clínicos e sanitários (BRASIL, 2017).

As equipes do NASF-AB aumentaram gradualmente, em 10 anos, sendo que, em abril de 2018, havia 5.236 equipes em todo território nacional (BRASIL, 2018). Conforme a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o NASF-AB é dividido em três modalidades, as quais estão atreladas ao número de equipes existentes em cada local. A diferença entre os tipos I, II e III está na quantidade e no tipo de profissional e também na carga horária e no número de equipes apoiadas (BRASIL, 2012). A modalidade NASF-AB1 é qualificada para as unidades que possuem de cinco a nove eSF, carga horária de 200 horas semanais. O NASF-AB2 é destinado a locais em que existem de três a quatro eSF e com carga horária de, no mínimo, 120 horas semanais. Já o NASF-AB3 é próprio para locais onde existe de uma a duas eSF, vinculadas com, no mínimo, 80 horas semanais (BRASIL, 2012).

O corpo clínico da equipe NASF-AB pode ser composto por 19 profissionais de categorias distintas, quais sejam: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica),

médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. Cabe aos gestores municipais definirem a composição de cada NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2014).

Os NASF-AB fazem parte da APS, mas não atuam como serviços de unidades físicas independentes ou como porta aberta para o atendimento individual ou coletivo. As intervenções diretas com usuários e famílias só podem ser realizadas sob encaminhamento das equipes eSF, com discussões e negociação, *a priori*, entre os profissionais responsáveis pelo caso (ANJOS *et al.*, 2013). O atendimento direto e individualizado ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. Para além dessas situações, os processos de trabalho conjunto entre as equipes do NASF-AB e da ESF deverão ser organizados para criar espaços de discussão voltados à gestão e à constituição de uma rede de cuidados (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o NASF-AB constitui um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da APS, uma vez que amplia o escopo das ações e, por meio do compartilhamento de saberes, desenvolve também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Junto aos usuários, a atuação do NASF-AB deve propiciar um processo de aprendizado coletivo, em uma perspectiva de se produzir saúde e de se ampliar a autonomia das pessoas (BRASIL, 2014). Ao se realizar a avaliação diagnóstica, é necessário considerar não somente o saber clínico, como também o contexto subjetivo do indivíduo, tornando-se fundamental definir a intervenção terapêutica, considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde que estão sendo referenciadas (BRASIL, 2010b).

Para isso, as diretrizes que orientam a atuação do NASF-AB são: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e população adstrita, desenvolvimento da noção do território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009). Além dessas diretrizes, o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF-AB teve o incremento de algumas ferramentas de trabalho seja de apoio à gestão, como a pactuação do apoio, seja de apoio à atenção, das quais são exemplos o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

23. Apoio Matricial

O Apoio Matricial, ou simplesmente matriciamento, destaque deste estudo, propõe a construção de uma relação horizontal entre os profissionais, buscando subverter a lógica dominante da verticalidade da especialização que realiza procedimentos de forma isolada, fragmentada e não integrada com a equipe da APS (MEDEIROS, 2015; KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017).

Campos e Castro (2016), retomando e ampliando os estudos de Cunha (2007), dizem que o termo “apoio” indica uma maneira para se desenvolver uma relação horizontal, sugerindo uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialista não mais baseada na autoridade, mas sim em procedimentos dialógicos. A equipe de apoio, nesse sentido, é responsável por oferecer suporte técnico-pedagógico e assistencial às equipes de referência, a qual, por sua vez, deve se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, ampliando o olhar sobre os problemas de saúde. Já sobre o termo “matricial”, Dantas e Passos (2018) colocam que se trata da possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não apenas vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde.

A proposta do Apoio Matricial é preconizada em documentos, portarias e manuais do Ministério da Saúde, desde 2003. No início, o foco era mais voltado para o campo da saúde mental, passando, posteriormente, a compor os materiais da Política de Humanização (HumanizaSUS) e da Qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2008; BRASIL, 2008b).

A proposta do matriciamento permite que os profissionais envolvidos trabalhem democraticamente por projetos específicos, de forma não hierarquizada, valorizando os diferentes saberes, conforme as habilidades necessárias à execução da tarefa por tempo determinado e conforme cronograma estabelecido. Trata-se de um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, que se deseja horizontal e compartilhado, com o objetivo de ampliar e fortalecer o escopo de ações dos profissionais da APS pelo apoio dos profissionais do NASF-AB (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Segundo Lima *et al.*, (2019), o apoio matricial que a equipe do NASF-AB oferece pauta-se em duas dimensões: assistencial e técnico-pedagógica. Para a Anjos *et al.* (2013), a dimensão assistencial é aquela que produz ação clínica direta junto ao usuário, com atendimento individual ou compartilhado, visita domiciliar e atividades coletivas específicas de cada categoria que compõe o NASF-AB. Os profissionais do NASF-AB precisam definir momentos em suas agendas para realizá-las, considerando-as como parte de um conjunto de ações que

devem ser ofertadas e não como uma única e exclusiva forma de atuação na APS. Os atendimentos disponibilizados na agenda de cada categoria do NASF-AB podem ser diferenciados, conforme a necessidade local e a especificidade de cada profissão (BRASIL, 2009). No entanto, deve ficar claro que a sua disposição na agenda não deve comprometer a realização de outras ações previstas dentro para a atuação desses profissionais, ao mesmo tempo em que é necessário considerar as necessidades clínicas dos usuários acompanhados em conjunto com as equipes (BRASIL, 2015).

Já a dimensão técnico-pedagógica refere-se à produção de apoio educativo com e para as eSF, com capacitações e discussão de casos. Essa dimensão envolve as estratégias para a educação permanente das equipes, uma vez que o compartilhamento de saberes e de práticas promove o “aprender no fazer em conjunto” (BRASIL, 2014).

Para Lima *et al.* (2019), entre outras, são possibilidades de configuração das ações conjuntas na dimensão técnico-pedagógica:

- Reuniões de matriciamento: são reuniões periódicas, no mínimo realizadas mensalmente, entre equipes do NASF-AB e eSF vinculada, com o objetivo de discutir casos e temas, pactuar ações, avaliar seus resultados e repactuar novas estratégias para a produção do cuidado. É a partir das reuniões de matriciamento que são definidas as ações conjuntas que serão realizadas, assim como as ações desenvolvidas especificamente pelos profissionais do NASF. Para que possam ser realizadas, deve haver horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos, organização da eSF para definição dos casos ou das situações para matriciamento e dos profissionais do NASF-AB para devolutivas de casos acompanhados.
- Atendimento individual compartilhado: é realizado a um indivíduo ou família em conjunto com pelo menos um profissional do NASF-AB e um profissional da eSF.
- Atendimento domiciliar compartilhado: é realizado a um indivíduo ou família no domicílio com a presença de pelo menos um profissional do NASF e um profissional da eSF.
- Atividade coletiva compartilhada: são atividades em grupos realizadas em outros espaços do território ou na Unidade Básica, contando com a presença de profissionais do NASF-AB e da eSF.
- Discussão de temas: discussão sobre temas relacionados ao cuidado e/ou à organização da APS, em que os saberes específicos dos profissionais do NASF-AB podem contribuir para a ampliação da capacidade de atuação das eSF.

- Ações compartilhadas no território: participação do NASF na territorialização da área adstricta, desenvolvimento de ações intersetoriais, de vigilância em saúde e ações de controle social em conjunto com a eSF.

Apesar de todas as contribuições que os profissionais do NASF-AB agregam aos profissionais das eSF e ao cuidado à população, o NASF-AB encontra-se ameaçado de extinção devido à Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Essa Portaria institui o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio. Nesse novo modelo, o Ministério da Saúde transfere para o município a responsabilidade do custeio ao programa (BRASIL, 2019). O fim do pagamento destinado às equipes em funcionamento do NASF-AB poderá repercutir na qualidade da assistência à saúde, dificultando o acesso da população ao cuidado integral realizado pelos profissionais de saúde. No entanto, o novo programa possibilita ao gestor municipal manter o NASF-AB, visto que receberá o financiamento para APS e terá autonomia para formar sua equipe multiprofissional e, assim, garantir o acesso e a assistência à saúde da população.

Como a atuação do NASF-AB está bem solidificada na cidade de Belo Horizonte, acredito e espero que o nosso trabalho se mantenha em vigor. É com essa esperança que proponho este projeto de intervenção. Seguindo o exemplo da sabedoria da água, “ela nunca discute com um obstáculo, simplesmente o contorna” (Augusto Cury).

24. Educação Permanente em Saúde

O matriciamento pode ser considerado um modo de operar a Educação Permanente em Saúde (EPS), referencial teórico-metodológico que propõe processos de aprendizagem contínuos no trabalho, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano dos trabalhadores, aos seus fazeres e às suas relações (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Nesse sentido, a EPS também orientará a elaboração e o desenvolvimento do projeto de intervenção aqui proposto.

O termo “Educação Permanente em Saúde” (EPS) surgiu no Brasil na década de 1980, chegando junto à redemocratização política do país, período que coincidiu também com a criação do SUS. Como já colocado, o SUS deu vida a um novo modelo de organização da saúde pública do Brasil, com a proposta da ESF, que pressupõe uma atenção à saúde com ênfase na família, no vínculo entre usuários e profissionais da saúde e na compreensão das necessidades de saúde das pessoas e das coletividades. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de reorientar a formação e a qualificação dos profissionais de saúde desenvolvida pelas universidades e por

outras entidades, com o intuito de contribuir para a consolidação dos princípios que passaram a nortear as ações de saúde pública após a criação do SUS (MENDES, 2015).

É no contexto de fomento à formação dos trabalhadores de saúde que, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi definida como estratégia do SUS. A PNEPS tem como objetivo contribuir com a formação e o desenvolvimento dos profissionais do SUS, buscando integrar ensino, serviço e comunidade a partir do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho e da incorporação dos processos de ensinar e aprender na realidade dos serviços. A proposta é transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho no SUS (BRASIL, 2018).

Outras iniciativas posteriores foram criadas para fortalecer a formação dos trabalhadores do SUS, como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criado em 2010, para atender às necessidades de capacitação e EPS dos profissionais do SUS. O Sistema UNA-SUS conta com uma rede formada por 35 instituições de ensino superior que oferecem cursos gratuitos à distância, abrangendo grande parte dos trabalhadores da APS do país. Outra iniciativa é o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), criado em 2017, para intensificar o processo de implementação da PNEPS e estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores para a transformação das práticas, em consonância com os princípios do SUS e com as realidades locais (BRASIL, 2018)

Para Vendruscolo et al. (2018), a PNEPS e as iniciativas acima citadas buscaram articular a integração entre os atores que compõem o quadrilátero da formação para a área da saúde. Esse termo foi cunhado por Ceccim e Feuerwerker, em 2004, para se referirem às diferentes instâncias (ensino, serviço, gestão e controle social) que precisam atuar conjuntamente para pensar, permanentemente, a realidade e buscar alternativas criativas para a superação dos problemas de saúde por meio da formação em saúde. O conceito de quadrilátero da formação sugere formas de atuação que compreendem a análise das seguintes dimensões:

- Educação dos profissionais de saúde: é necessário mudar a concepção hegemônica tradicional (mais biológica, mecânica, conteudista e centralizada na figura do professor) para outra construtivista (mais interativa, que utiliza da problematização de práticas e dos saberes). Torna-se também importante transformar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento, passando a incentivar a produção de conhecimento por aqueles que desenvolvem a função a partir de argumentos sensibilizadores;

- Práticas de atenção à saúde: é urgente construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- Gestão setorial: buscar a reconfiguração da rede de serviços, com criatividade e originalidade, assegurando, sobretudo, que os trabalhos em saúde sejam considerados em avaliação de graus de satisfação dos usuários;
- Organização social: é importante verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Essas dimensões de análise destacam que, para a consolidação da EPS no SUS, é importante rediscutir a relação entre educação e trabalho, refletindo sobre o modelo de formação e as várias possibilidades de uso da educação nos serviços de saúde, nas relações com a equipe de trabalho, nos espaços de gestão e junto ao controle social (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços já identificados em relação à produção teórico-conceitual e às práticas no SUS implicadas com a EPS, ainda são necessários esforços para a articulação de parcerias institucionais entre ensino e serviço, trabalho e educação, em uma perspectiva dialógica e compartilhada (BRASIL, 2018). Isso porque a EPS, atrelada às políticas públicas de saúde, afirma-se como uma estratégia que visa a propiciar aos profissionais do SUS o desenvolvimento constante de seu aprendizado, na tentativa de resolver os problemas relacionados à educação na saúde e de melhorar o descompasso existente entre a formação e a necessidade de saúde dos usuários (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A EPS, ao mesmo tempo em que se configura como uma política de educação na saúde, é também a uma prática de ensino-aprendizagem que acontece no cotidiano dos serviços. Por isso, no âmbito dos serviços de saúde, há também muitos desafios a serem superados para a consolidação de processos de EPS. Reconhecer as possibilidades de ensinar e de aprender no cotidiano do trabalho em saúde significa compreender que a formação profissional não se resume à atualização técnico-científica proposta nos cursos (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

É necessário dar visibilidade para a produção de conhecimentos que acontece no dia a dia de trabalho, a partir da análise, da problematização e da discussão das situações vividas pelos profissionais e pelas equipes em seus contextos de atuação. É a partir da análise coletiva dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho que podem ser pensadas e desenvolvidas estratégias capazes de responder às necessidades de saúde das pessoas e das comunidades. A

problematização que gera estratégias coletivas de atuação oportuniza aos trabalhadores do SUS a produção de conhecimentos que pertencem ao universo das suas vivências e que podem gerar novas formas de estar e atuar no mundo (MENDES, 2015; FRANÇA *et al.*, 2017).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este projeto será realizado junto a dois Centros de Saúde em que atuo, localizados na região Nordeste de Belo Horizonte, o Centro de Saúde São Paulo e o Centro de Saúde Dom Joaquim.

A região Nordeste de Belo Horizonte possui uma extensão de 39.59 km² e sua densidade demográfica é de 6.922.28 hab/km². É composta por uma população de 274.060 habitantes, sendo 47,4% de homens e 52,6% de mulheres. A região Nordeste possui 70 bairros e é marcada por grande desigualdade social. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,826 e sua expectativa de vida é de 76,1 anos. A renda média encontra-se em R\$ 429,02.

A Estratégia Saúde da Família está organizada em seis equipes nos Centros de Saúde, sendo quatro no Centro de Saúde São Paulo e duas no Centro de Saúde São Joaquim. Minha proposta é desenvolver este projeto, primeiramente, no Centro de Saúde São Paulo, considerando que está localizado em uma área de maior vulnerabilidade e apresenta maior demanda de crianças com dificuldades de aprendizagem.

O Centro de Saúde São Paulo possui 78 anos de existência e é composto por quatro eSF, sendo 20 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 médicos (40 horas), 4 enfermeiros (40 horas), 4 auxiliares de enfermagem (40 horas) e equipe NASF-AB composta por educador físico (40 horas), nutricionista (20 horas), psicóloga (20 horas), fonoaudiólogo (20 horas) e clínico geral (20 horas). Além disso, conta uma equipe complementar composta por fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra infantil, psiquiatra adulto, psicóloga da saúde mental e saúde bucal (dentista e auxiliar).

O Centro de Saúde São Paulo fica localizado no bairro São Paulo, o qual surgiu a partir de uma vila operária de matadouro e hoje abrange três áreas de alto risco: Vila Andiroba, Carneiro de Abreu e São Gregório. A sua população de abrangência estimada é de 13.745 habitantes. Grande parte da população é considerada de baixa renda (um a três salários mínimos) e alguns habitantes são considerados de alto risco devido ao uso de drogas lícitas e ilícitas e por serem moradores de rua.

O bairro São Paulo possui alguns equipamentos sociais, como área de comércio, fácil acesso a meios de transporte, Shopping Center, além de outros dispositivos municipais, tais como: Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Álcool e Drogas, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nordeste, Hospital Nossa Senhora Aparecida, Academia da Cidade, Centro de Convivência (CAC) e Unidade de Educação Infantil (UMEI). No bairro

também há duas escolas municipais, a Escola Municipal Elos e a Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo.

Na Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo, há muitas demandas de crianças com dificuldades de aprendizagem. Inclusive, entre 2015 e 2017, existiam reuniões mensais entre profissionais do centro de saúde e diretoria da escola, com o intuito de direcionar os casos mais graves. Particpei uma única vez da reunião e, na oportunidade, ficou-me clara a necessidade de buscarmos maior apoio aos casos. Naquela ocasião, percebi a dificuldade da escola em recorrer ao Conselho Tutelar, uma vez que as situações envolvidas esbarravam em aspectos de violência que marcam a vida no bairro. Com o intuito de contribuir com as questões que envolvem as crianças com dificuldades de aprendizagem nessa escola é que proponho a retomada de um trabalho intersetorial, entre saúde e educação, incluindo, também, a atuação do Conselho Tutelar.

4. A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trata-se de um projeto de intervenção destinado à constituição de um processo de matriciamento que envolverá profissionais do Centro de Saúde São Paulo, da Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo e do Conselho Tutelar. A proposta é que, no matriciamento, nós da equipe NASF-AB possamos discutir junto aos demais atores as situações em que vivem as crianças do território e os casos encaminhados pela escola aos centros de saúde para definirmos conjuntamente estratégias integradas capazes de acolher as demandas apresentadas pelas crianças e pelas suas famílias.

Embora o conceito de Apoio Matricial e o referencial da EPS pressuponham a construção conjunta e horizontal entre diferentes profissionais, proponho, de antemão neste projeto de intervenção, uma caminhada inicial a ser conduzida, discutida e pactuada junto aos atores que serão convidados a compor este grupo. Ressalto que, embora seja uma proposta ainda não discutida com os pares, durante o seu desenvolvimento permanecerá aberta a outros rumos definidos coletivamente.

A intenção é que o matriciamento aconteça com agenda protegida para os encontros, com periodicidade e horário a serem definidos com o grupo participante. Os encontros serão realizados no espaço do Centro de Saúde São Paulo. Seguem abaixo as etapas que compõem o momento inicial de criação do processo de matriciamento.

4.1. Etapa 1: Apresentação e discussão da proposta junto à gerência da educação e da saúde do Distrito Nordeste, à gerência do Centro de Saúde São Paulo e ao Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDOCA – NE)

- **Objetivo:** Discutir e pactuar a realização deste projeto de intervenção junto aos diferentes atores/gestores do Distrito Nordeste.
- **Descrição:** Colocarei a discussão deste projeto como pauta em reunião pactuada entre os diferentes atores/gestores envolvidos para que possamos discutir coletivamente a proposta. Neste primeiro momento, considero importante conversarmos mais amplamente sobre o desenvolvimento deste projeto, levantando questões relacionadas à proposta do matriciamento.
- **Duração:** 1 hora
- **Previsão para realização:** Fevereiro/2021
- **Local:** Centro de Saúde São Paulo

- **Recursos necessários:** Registro em ata

42. Etapa 2: Apresentação e discussão da proposta junto à coordenação e aos profissionais do NASF-AB da regional Nordeste

- **Objetivo:** Apresentar e discutir a proposta junto à coordenação e aos profissionais do NASF-AB da regional Nordeste
- **Descrição:** A proposta é apresentar, em reunião geral do NASF-AB que acontece mensalmente, este projeto de intervenção e buscar junto aos pares para considerações que possam contribuir para o seu desenvolvimento.
- **Duração:** 1 hora
- **Previsão para realização:** Março/2021
- **Local:** a ser definido pela coordenação do NASF-AB (geralmente, as reuniões acontecem na Fazendinha ou no Centro de Referência de Saúde Mental, conforme disponibilidade de espaço)
- **Recursos necessários:** Registro em ata

43. Etapa 3: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto aos profissionais do Centro de Saúde São Paulo

- **Objetivo:** Apresentar e discutir a proposta junto aos profissionais que atuam no Centro de Saúde Paulo; identificar participantes para o matriciamento.
- **Descrição:** Nesta etapa, pretendo discutir a proposta com os diferentes profissionais das equipes de Saúde da Família para pensarmos sobre o seu desenvolvimento e definirmos coletivamente quem deseja e pode participar do matriciamento. A proposta é que haja a definição de profissionais que participarão de todos os encontros do matriciamento e que se pactue a participação de outros, conforme necessidade.
- **Duração:** 1 hora
- **Previsão para realização:** Março/2021
- **Local:** Centro de Saúde São Paulo
- **Recursos necessários:** Registro em ata

44. Etapa 4: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto à diretoria da Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo

- **Objetivo:** Apresentar e discutir a proposta junto à diretoria da Escola; identificar representantes escolares para participar do matriciamento.
- **Descrição:** Nesta etapa, apresentarei e discutirei junto à diretoria da Escola a proposta deste projeto de intervenção, com o objetivo de sensibilizá-la sobre a importância da criação de estratégias intersetoriais para acompanhamento das crianças com dificuldades de aprendizagem. Também proporei que seja realizada uma conversa mais ampla na escola para a definição de participantes do matriciamento.
- **Duração:** 1 hora
- **Previsão para realização:** Março/2021
- **Local:** Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo
- **Recursos necessários:** Registro em ata

45. Etapa 5: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto ao Conselheiro Tutelar

- **Objetivo:** Apresentar e discutir a proposta junto ao Conselheiro Tutelar.
- **Descrição:** Realizarei uma conversa junto ao Conselheiro Tutelar para apresentar a proposta, sensibilizá-lo quanto à importância da participação do Conselho Tutelar e conversarmos sobre o seu papel no acolhimento e no acompanhamento de crianças que apresentam dificuldade escolar associada a condições familiares.
- **Duração:** 1 hora
- **Previsão para realização:** Abril/2021
- **Local:** Conselho Tutelar
- **Recursos necessários:** Registro em ata

46. Etapa 6: Primeiro Encontro do Matriciamento

- **Objetivo:** Discutir as compreensões de cada participante sobre o conceito de matriciamento e construir um conceito próprio para o grupo.

- **Descrição:** Primeiramente, será realizada uma rodada de apresentação entre os participantes, por meio de uma “batata quente”. O participante que estiver com uma pequena bola na mão se apresentará (nome, local de atuação e expectativas para a participação no matriciamento) e, posteriormente, jogará a bola para outro participante, que também se apresentará e dará sequência à dinâmica. Após as apresentações, proporei reflexões e discussões sobre o conceito de matriciamento, por meio de três etapas: (1) Cada participante será convidado a registrar em uma tarjeta a sua compreensão sobre o conceito de matriciamento; (2) Cada participante apresentará o seu registro. Na medida em que apresentarem, as tarjetas serão afixadas, considerando as semelhanças entre suas propostas; ou seja, tarjetas com ideias semelhantes são afixadas próximas umas das outras; (3) Após as apresentações, a proposta é que o grupo discuta os sentidos que apareceram e construam um conjunto de pressupostos para o processo de matriciamento que será desenvolvido coletivamente.
- **Duração:** 2 horas
- **Previsão para realização:** abril/2021
- **Local:** Centro de Saúde São Paulo
- **Recursos necessários:** Tarjetas, canetas, durex.

47. Etapa 7: Segundo Encontro do Matriciamento

- **Objetivo:** Discutir coletivamente o caso de uma criança com dificuldades de aprendizagem que reside no território.
- **Descrição:** Neste encontro, a proposta é discutir o caso de uma criança com dificuldade de aprendizagem a partir do qual os participantes poderão fazer um exercício sobre como será o processo de matriciamento. O caso será entregue, individualmente, para cada participante, que será convidado a ler e a pensar estratégias para intervenção e acompanhamento da situação. Após isso, as compreensões sobre o caso e sobre as intervenções possíveis serão discutidas amplamente no grupo. Por fim, será proposta uma discussão sobre o papel de cada participante/serviço no processo de matriciamento, a partir da discussão do caso.
- **Duração:** 2 horas
- **Previsão para realização:** maio/2021
- **Local:** Centro de Saúde São Paulo

- **Recursos necessários:** Papéis, canetas, caso impresso.

4.7.1. Caso a ser discutido

Criança de 12 anos, sexo masculino, aqui identificado como João. Encaminhado pela escola devido à agitação e aos comportamentos agressivos em sala de aula. Segundo a escola, João não demonstra interesse pelas atividades, é resistente em obedecer às regras e reclama atenção. Apresenta baixo rendimento escolar, nem sempre está com o material escolar, pede emprestado e não quer devolver.

4.7.1.1. Síntese dos atendimentos do psicólogo do NASF ao pai e à avó de João

Pai de João, aqui identificado como Márcio, informou que o filho retornou de São Paulo para morar com ele e com a avó, no final de 2019. Na oportunidade, a criança voltou para a mesma escola em que estudava anteriormente. Contou que o menino não estava obedecendo a avó, o que estava sendo motivo de conflito entre os três. Márcio trabalha como porteiro à noite e a avó de João, de 82 anos, é quem cuida do neto durante a sua ausência. Na casa, moram somente os três. Márcio relatou que se separou há 4 anos da mãe de João, a qual tinha outra filha, fruto de um relacionamento anterior. Márcio não se dispôs a falar do desenvolvimento emocional relacionado a isso. Estava agitado e querendo falar sobre o momento presente. Relatou que a mãe de João, após a separação, conheceu um rapaz pela internet, aqui identificado como Roberto, e os dois resolveram morar juntos. Durante esse período, ele não teve contato com João. A ex-esposa, após certo tempo, abandonou Roberto e foi morar em São Paulo com João e sua outra filha.

Márcio relatou que, em meados de 2019, o filho passou a ligar para ele, dizendo que a mãe o espancava muito e que ele desejava voltar para Belo Horizonte, o que foi efetivado. Segundo o pai, João demonstrou muita alegria e tranquilidade por voltar. Entretanto, após o início das aulas, em 2020, ele percebeu mudanças no comportamento de João, que passou a se expressar de forma agressiva. Diante disso, Márcio, em um dia que saiu mais cedo do trabalho, resolveu descer do ônibus para buscar João na escola. Em um determinado momento, ele avistou o filho com uma pedra na mão gritando para um homem. Ele se aproximou de João e perguntou o que estava acontecendo. O filho relatou que o ex-namorado da mãe estava o cercando ao final da aula para saber o endereço da mãe e para ameaçá-lo. João, revoltado, disse que iria matar Roberto. O pai, surpreso, perguntou o porquê, mas o filho não respondeu. Daí em diante, o pai passou a observar ódio e medo da criança e ele e a avó passaram a ficar preocupados.

Márcio contou, ainda, que num dado dia, na igreja, uma mulher o abordou e perguntou se a enteada já teve o filho. Ele se espantou e disse que ela não tinha idade para ser mãe. A partir disso, Márcio buscou conversar com a orientadora escolar e com outras pessoas para conhecer toda a história, que pode ser assim resumida: Roberto aparecia na escola e buscava a enteada mais cedo. Esse comportamento foi identificado como estranho e a escola passou a proibir. Segundo relatos da avó, João contou que Roberto passou a importunar a irmã e ele pôs-se a defendê-la, pedindo à mãe para prestar atenção nas atitudes de Roberto, porém ela não lhe deu atenção. João contou também que Roberto proibia a família de sair à rua: a mãe ia somente ao trabalho e as crianças somente à escola. Certo dia, Roberto “endoidou” e disse ao menino: você não é nada olha o que eu faço – dizendo isso, estuprou a irmã na sua frente. A mãe das crianças fugiu da cidade, indo morar em São Paulo com João e sua outra filha. A avó de João relatou que João tem ódio da mãe, porque ele a avisou e ela não o ouviu.

Quando questionado sobre as providências encaminhadas, Márcio relatou que uma vizinha é policial e que está investigando o rapaz. Descobriu que ele é “barra pesada” e que, além disso, tem uma irmã que é conselheira tutelar na região, o que o faz temer não ser ouvido. Diz que pretende resolver o caso “à maneira dele”.

Em conversa entre a psicóloga do NASF, a psicóloga da equipe da saúde mental e a gerente da UBS, ficou pactuado o encaminhamento de escutar mais o pai e sensibilizá-lo quanto à realização de denúncia do caso ao conselho tutelar, uma vez que João corre risco de vida. O pai ficou de fazer a denúncia, porém não o fez. Foi preenchida uma notificação ao Conselho Tutelar.

O último contato informal que o psicólogo do NASF teve com Márcio foi em março deste ano (2020) e ele estava esperando uma consulta com a psicóloga da saúde mental. Ao ser perguntado sobre como estava João, ele disse: “muito indisciplinado, estou pensando em devolvê-lo para a mãe”.

4.7.1.2. Relato do psicólogo do NASF sobre os atendimentos ao João

Em atendimento ao João, foi possível perceber que é inteligente e tem boa expressão verbal. João apresentou disponibilidade para falar e certeza sobre o que diz. Relatou que entrou para a escola aos 6 anos e que lê mal. Contou que sofreu muito espancamento por parte da mãe, em São Paulo, e que a mãe o “batia por nada e que, na hora de ela chegar do trabalho, escondia dentro do armário para não apanhar”. Até que se cansou e pediu para o pai o trazer de volta. João contou que, no dia em que a mãe o levou ao aeroporto, ela foi o xingando da porta de casa até o embarque e ficou dizendo que ele arrependeria porque o pai não é “legal”.

Segundo João, em Belo Horizonte, todos o tratam bem, a sua avó faz sopa de maisena e ele ama. Ele disse que o problema é que esquece de avisar quando vai para a rua e que isso gera brigas em casa. Ele contou que isso é porque em São Paulo ele ficava sozinho o tempo todo com a irmã, brincando na rua, sem precisar avisar.

A queixa atual de João é que agora o pai teve um filho com a namorada e não está mais “nem aí para ele”.

4.8. Etapa 8: Terceiro Encontro do Matriciamento

- **Objetivo:** Definir coletivamente como será o processo de seleção e de discussão dos casos durante o matriciamento.
- **Descrição:** Neste encontro, a proposta é definir como o grupo se organizará para discutir e definir estratégias para acolhimento, atendimento e acompanhamento das crianças e das suas famílias. Será proposta a discussão das seguintes questões, entre outras: como serão selecionados os casos para o matriciamento? Quem o fará? Quais serão os critérios? Como será o compartilhamento do caso entre os participantes? Como serão realizados os registros e os encaminhamentos? Todas as definições pactuadas coletivamente serão registradas e compartilhadas com todos.
- **Duração:** 2 horas
- **Previsão para realização:** maio/ 2021
- **Local:** Centro de Saúde São Paulo
- **Recursos necessários:** Registro em ata.

Espera-se que, a partir das etapas aqui propostas, eu juntamente aos demais participantes possamos dar continuidade ao processo de matriciamento, construindo diálogos, discussões e pactuações intersetoriais.

5. CRONOGRAMA

O Quadro 1 apresenta a proposta de cronograma para as etapas citadas na seção 4.

Quadro 1: Cronograma para execução das etapas do Projeto de Intervenção

Etapas	Fev/21	Mar/21	Abr/21	Mai/21
Etapa 1: Apresentação e discussão da proposta junto à gerência da educação e da saúde do Distrito Nordeste, à gerência do Centro de Saúde São Paulo e ao Conselho Municipal da Criança e do Adolescente.				
Etapa 2: Apresentação e discussão da proposta junto à coordenação e aos profissionais do NASF-AB				
Etapa 3: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto aos profissionais do Centro de Saúde				
Etapa 4: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto à diretoria da Escola Municipal				
Etapa 5: Apresentação e discussão do projeto de intervenção junto ao Conselheiro Tutelar				
Etapa 6: Primeiro Encontro do Matriciamento				
Etapa 7: Segundo Encontro do Matriciamento				
Etapa 8: Terceiro Encontro do Matriciamento				

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que este projeto de intervenção:

- Amplie a compreensão sobre o contexto em que vivem as crianças com dificuldades de aprendizagem e as suas famílias;
- Oportunize espaços para o diálogo intersetorial sobre os casos encaminhados aos centros de saúde e para a definição conjunta de ações;
- Contribua para a construção de fluxos de atendimento, facilitando a realização de diagnósticos e encaminhamentos mais resolutivos;
- Promova a qualificação da atuação profissional e a problematização do trabalho desenvolvido junto às crianças com dificuldades de aprendizagem nos centros de saúde, nas escolas e no conselho tutelar da regional;
- Ative movimentos intersetoriais capazes de contribuir para o atendimento às necessidades de crianças com dificuldades de aprendizagem e de suas famílias;
- Possibilite a construção conjunta de respostas integradas e mais assertivas para os casos de crianças com dificuldades de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Geovani Gurgel; OLIVEIRA, Dayana Kelly Silva. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, 2017.
- ANDRADE, Lucas Melo Biondi de; QUANDT, Fábio Luiz; CAMPOS, Dalvan Antônio de; DELZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza Berger Salema; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.**, v. 3, n. 1, 2012.
- ANDRADE, Josefa Aparecida Pereira de; CORTE, Déssica de Souza; GUSMÃO Lilian Vanessa Nicácio. Queixas escolares no contexto do NASF-BNH: um estudo a partir dos estágios supervisionados I e III. **Rev. Saberes UNIJIPA**, v. 10, n. 3, p. 144-154, 2018.
- ANJOS, Karla Ferraz dos; MEIRA, Saulo Sacramento; FERRAZ, Carla Eloá de Oliveira; VILELA, Alba Benemérita Alves; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; SENA, Edite Lago da Silva. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 672-680, 2013.
- ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI Percy Antonio. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.
- AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe; NUNES, Cristiane Abdon; SOUSA, Maria de Fátima de. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In*: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, 2011.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção de Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-167, 2000.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 13 jun.2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. 1990b. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília. 1990c. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução n° 287, de 8 de outubro de 1998**. Diário Oficial a União. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de gestão de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Circular conjunta n°01/03. 2003b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 13 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 13 jun.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em: 13 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: prontuário interdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>. Acesso em: 07 jun.2020.

BRASIL. **Portaria n° 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 06jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 06 jun.2020.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 06 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF** (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, 27). Brasília. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília. 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/OficinaQualificacaoNASF.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. **Caderno Humaniza SUS**, v. 1. Formação e intervenção Série B. Textos Básicos de Saúde 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mais perto de você: a renovação na saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Ministério da Saúde, Ano XII, nº 30. Brasília. 2011b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia30.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria 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). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 13 jun. 2020.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de; CASTRO, Cristiane Pereira de. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2016.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DANTAS, Natália Freitas; PASSOS, Izabel Christina Friche. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: Perspectiva dos trabalhadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, 2018.

DOURADO Inês; OLIVEIRA, Veneza B.; AQUINO, Rosana; BONOLO, Palmira; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MEDINA, Maria Guadalupe; MOTA, Eduardo; TURCI, Maria A.; MACINKO, James. Trends in Primary Health Care-Sensitive Conditions in Brazil: The role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, v. 6, n. 49, p. 577-584, 2011.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, 2018.

FARIA, Horácio Pereira, CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017.

FRANÇA, Tânia; MEDEIROS, Katia Rejane de; BELISARIO, Soraia Almeida; GARCIA, Ana Cláudia; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; CASTRO, Janete Lima de; PIERANTONI, Célia Regina. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GADOTTI, Moacir. **Qualidade na Educação: uma nova abordagem**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2010. (Série Cadernos de Formação).

KLEIN, Ana Paula; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

LIMA, Reíza Stéfany de Araújo; NASCIMENTO, João Agnaldo do; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; SAMPAIO, Juliana. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, 2019.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1165-84, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: **CONASS**; 2015.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170-85, 2014.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, v. 1, p. 92-96, 2010.

NOB SUS 01/96. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 14 jun. 2020.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 158-164, 2013.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia, ALMEIDA Celia; BAHIA Lígia; MACINKO James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Rev. Veja**. v. 6736, n. 11, p. 11-31, 2012.

PINTO, Hêider Aurélio, SOUZA, Allan Nuno Alves de; FLORÊNCIO Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-19, 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry; PERES, José Augusto de Souza; WANDERLEY, José Carlos Vieira; CORREIA, Lindoya Martins; PERES, Maria de Holanda de Melo. (Org) **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ª ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Atlas, 2012.

SAMPAIO, Juliana; MARTINIANO, Cláudia Santos; ROCHA, Aline Maria de Oliveira; Souza NETO, Antônio Alves de; SOBRINHO Gilberto Diniz de oliveira; MARCOLINO, Emanuela de Castro; MAGALHÃES; Fernanda Carla; SOUZA, Fernanda Ferreira. Núcleo

de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.

TEIXEIRA, Andrea Regina; ALLIPRANDINI, Paula Mariza Zedu. Intervenção no uso de estratégias de aprendizagem diante de dificuldades de aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 17, n. 2, p. 279-288, 2013.

VENDRUSCOLO, Carine; FERRAZ, Fabiane; ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja; SCHWEICKARDT, Júlio César; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo; WENDHAUSEN, Fernando de Toledo Barros; ROVARIS, Maria de Fátima de Souza; LEDRA, Fernanda Fabiana. **Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina: caminhos e oportunidades** [recurso eletrônico] / organizadores: Carine Vendruscolo *et al.* 1.ed. Porto Alegre: UNIDA, 2018.