

Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Core Competencies for Working in the Family Health Support Group

Helena Eri Shimizu¹
Thais Branquinho Oliveira Fragelli¹

PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Primária;
- Gestão em Saúde;
- Competência;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Primary Care;
- Health Management;
- Competency;
- Medical Education.

Recebido em: 28/10/2014

Reencaminhado em: 21/01/2016

Aprovado em: 13/05/2016

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar as competências essenciais, bem como verificar sua importância e viabilidade para o trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Na primeira etapa do estudo, aplicou-se um questionário online via Google Docs para identificar as competências necessárias ao trabalho no Nasf, que foram respondidos por 66 profissionais da área e analisados com a técnica de análise de conteúdo. Na segunda etapa, foi utilizado o método Delphi de Políticas em duas rodadas, a primeira com 75 e a segunda com 44 participantes, profissionais dos Nasf. Os dados foram coletados por meio de questionário com escala de tipo Likert de quatro pontos, via online, e analisados pelos índices IQR e De Loe. Os resultados indicaram que as competências são constituídas por oito domínios – organizar o cuidado, trabalhar de modo colaborativo, realizar o diagnóstico da comunidade, planejar as ações da comunidade, desenvolver ações intersetoriais, fortalecer as políticas públicas, desenvolver ações educativas com a equipe, atuar com as diferentes coletividades – e 42 subdomínios. Todavia, existem dificuldades para operacionalizar as competências essenciais, que requerem investimento no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, na construção de um processo de trabalho centrado na corresponsabilização e na gestão integrada do cuidado, bem como na revisão dos processos educativos em saúde.

ABSTRACT

The aim of the study was to identify the core competencies as well as to verify their importance and viability for work in the Family Health Support Group (NASF). In the first stage of the study a questionnaire was applied online via Google Docs to identify the competencies needed for work in the NASF, which was completed by 66 professionals. The answers were subjected to content analysis. In the second step we used the Delphi method of Policies in two rounds, with the first 75 and second 44 participants, all Family Health Support Group professionals. Data were collected through an online questionnaire with a Likert scale of four points and analyzed by IQR and De Loe indexes. The results indicated that competencies consist of eight domains: organizing care, working collaboratively, diagnosing the community, planning community actions, developing cross-sectorial actions, strengthening public policies, developing educational activities with staff, acting with different groups, and 42 subdomains. However, there are difficulties in engaging the core competencies that require investment in the development of interdisciplinary work, in building a working process centered on co-ownership and integrated care management, as well as the revision of educational processes in health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui o programa oficial de Atenção Básica no Brasil com a proposta de se caracterizar como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS) e de reorientar o modelo de atenção à saúde¹. Para fortalecer a Atenção Básica (AB) com vistas ao alcance da integralidade da atenção, o Ministério da Saúde cria, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)²⁻⁵.

Os sistemas de serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotam as seguintes premissas: (a) primazia das ações de promoção e prevenção; (b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência à saúde; (c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; (d) abordagem integral do indivíduo e famílias⁶.

Nessa perspectiva, a ESF, com o apoio do Nasf, ao tomar a função de coordenadora do sistema de saúde a partir da Atenção Básica, assume o compromisso de operacionalizar diversas dimensões da integralidade da atenção². E, para a consecução dessa complexidade de cuidado, introduz um novo modo de organizar o processo de trabalho, denominado "apoio matricial"³, que rompe com as relações profissionais verticalizadas e hierarquizadas presentes na maioria dos serviços de saúde. Constitui um arranjo organizacional baseado em momentos relacionais, com a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas, com o propósito de prestar cuidado integral e humanizado^{3,4,5}.

A necessidade de incluir na equipe da ESF outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, exige a construção de novas competências profissionais que devem incorporar valores éticos e uma prática reflexiva com a combinação de conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho inteligente em situações específicas⁷.

É uma proposta que pretende atender às complexas demandas de determinado território e solucionar os problemas de saúde, nas perspectivas política, social, cultural e econômica^{8,9}, possibilitando a integralidade da atenção com uma equipe de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atua conjuntamente com os profissionais das ESF.

Todavia, por sua recente implantação, ainda falta clareza quanto às principais competências profissionais das equipes do Nasf, muito embora a Portaria nº 154 e o Caderno de Diretrizes do Nasf, publicado em 2009, contribuam para diminuir um pouco das dúvidas do processo de trabalho no Nasf¹⁰. A ausência de consenso quanto às especificidades do trabalho desses profissionais, muitas vezes, decorre da grande lista de

atribuições, que são mal interpretadas e colaboram para o desvio da função de apoio do Nasf em atenção especializada na Atenção Primária¹⁰.

É, portanto, necessário conhecer mais profundamente as competências que estão sendo construídas no processo de trabalho do Nasf, ou seja, no cotidiano dos serviços onde os profissionais compartilham um novo modo de atuar, uma perspectiva matricial. O conceito de competência é hoje amplamente difundido no mundo do trabalho e apresenta-se como uma nova abordagem não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania¹¹.

Existem diversas correntes teóricas, contudo as mais conhecidas em nosso meio advêm dos autores norte-americanos, que entendem a competência como um conjunto de qualificações ou características subjacentes à pessoa, que permite realizar determinada atividade em dado contexto^{11,12,13}. Outra corrente importante é a representada por autores franceses, que compreendem a competência como a capacidade do indivíduo de produzir ou realizar o trabalho^{11,12,13}. Nessa abordagem, a competência constitui um conceito complexo e multifacetado, que pode ser analisado sob diferentes perspectivas e em contextos variados.

A abordagem australiana busca superar as abordagens behaviorista, funcionalista, e incorporar a dimensão humanística^{11,12}. É uma abordagem mais holística, combinando atributos do profissional com o contexto em que tais atributos podem ser aplicados, sendo considerada mais integrada¹². Nessa lógica, a competência deve combinar a teoria e a prática¹², e também presume a incorporação de valores éticos e elementos de desempenho, indicando a necessidade de prática reflexiva e a importância do contexto, que incorpora a noção de que há mais de um modo de atuar com competência¹.

No que se refere aos profissionais de saúde, especialmente os que se dedicam à AB, concordamos em que se deve agregar a compreensão de competências, a necessidade de análise prospectiva das práticas em saúde, em contexto de inovações tecnológicas, de mudanças nos serviços de saúde e no perfil epidemiológico, bem como no padrão demográfico da população¹³. Nesse contexto, a definição de competências deve propiciar a análise das práticas nos serviços de saúde e a reordenação da relação trabalho/formação, destacando novas formas de educar os profissionais¹³.

Considerando-se essas perspectivas, o objetivo do presente artigo foi identificar as competências essenciais, bem como verificar sua importância e viabilidade para o trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

MÉTODO

Foi utilizado o método Delphi de Políticas, que oferece uma compreensão das múltiplas visões de grupos interessados, com o painel organizado com diversos atores sociais inseridos no problema a ser analisado¹⁴. Trata-se de um método estruturado que envolve a administração repetitiva de questionários anônimos, normalmente em duas ou três rodadas, podendo ser postal ou por meio de internet, não ocorrendo reuniões face a face¹⁴.

O Delphi de Políticas, segundo Turoff¹⁴, deve ter composição variada para que possa haver várias visões sobre o assunto. O painel construído neste trabalho foi composto por diversos atores inseridos no processo de construção de competência do Nasf, bem como se procurou inserir várias categorias profissionais e de distintas regiões brasileiras.

Embora existam diretrizes para o trabalho no Nasf, que consideram os princípios da integralidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade, participação popular, educação permanente, educação popular, humanização, conhecimento de território e promoção de saúde, as competências para desenvolver esse processo de trabalho estão em processo de construção.

Assim, na primeira etapa, realizou-se um estudo exploratório que buscou conhecer o perfil de competências necessárias ao processo de trabalho no Nasf, por meio de questionários disponibilizados em um ambiente virtual do *Google Docs*. Participaram do estudo 66 profissionais envolvidos diretamente com a proposta, provenientes de diferentes regiões do País. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo.

A segunda etapa do estudo propôs verificar a importância e a viabilidade¹³ dessas competências no processo de trabalho do Nasf. A escala de importância permite avaliar as posições dos participantes e se as habilidades devem ou não ser consideradas no processo de trabalho. A escala de viabilidade permite identificar os principais entraves na expressão das competências, de maneira a indicar a construção de possíveis soluções e sugestões para as questões encontradas^{13,15}. Foi utilizada escala do tipo Likert de quatro pontos, onde as dimensões avaliadas foram: 0 – definitivamente inviável; 1 – inviável; 2 – viável; 3 – definitivamente viável.

Na primeira rodada da segunda etapa do estudo, as competências constituídas pelos domínios e subdomínios para o processo de trabalho no Nasf identificadas foram reapresentadas aos participantes para que pudessem opinar com relação à importância e à viabilidade. A primeira rodada contou com 75 profissionais, iniciou-se no final do mês de junho de 2011 e terminou no início do mês de agosto do mesmo ano.

Na segunda rodada, que contou com 43 profissionais, os questionários foram estruturados de maneira semelhante à da

primeira, tendo sido reapresentadas apenas as questões avaliadas como não consensuais (dissensos) da primeira rodada. Também foi disponibilizado o resultado parcial da análise de dados da primeira rodada.

O índice de retorno dessas duas rodadas foi de 67,7%, considerado bem próximo ao reportado por Wright e Giovinnazzo¹⁵, que relatam abstenções de 20% a 30% na segunda rodada.

Ao término de ambas as rodadas, foi realizada a tabulação e análise dos resultados, utilizando-se os critérios do IQR e de De Loe^{16,17}, conforme descrito no Quadro 1.

QUADRO 1		
Critérios de consenso/dissenso		
Referência	Condição	Grau de consenso
IQR	< 1,00 ou Se =1,00 e > 60%	Convergência de opiniões
	Se = 1,00 < 40% ou > 1,00	Não há convergência
De Loe	70% de respostas em 1 categoria ou 80% em 2 categorias relacionadas	Alto consenso
	60% de respostas em 1 categoria ou 70% em 2 categorias relacionadas	Médio consenso
	50% de respostas em 1 categoria ou 60% em 2 categorias relacionadas	Baixo consenso
	Menos de 60% de respostas em 2 categorias relacionadas	Nenhum consenso

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS/Fepecs) pelo Parecer 0026/2010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos participantes, houve predomínio daqueles da Região Sudeste, com 44% dos participantes na primeira rodada e 46% dos participantes na segunda, seguida da Região Nordeste, com 40% dos participantes em ambas as rodadas.

Tanto na primeira quanto na segunda rodada, houve preponderância de fisioterapeutas. Com relação a cursos de especialização, 25% dos participantes na primeira rodada e 23% na segunda relataram ter especialização na área de formação. Ademais, 37% dos participantes na primeira rodada e 44% na segunda relataram ser especialistas na área de saúde coletiva.

Relataram ter curso de mestrado 19% dos participantes da primeira rodada e 14% da segunda. Houve a participação de cinco doutores na primeira rodada e de quatro na segunda, e também dois pós-doutores na primeira rodada e um na segunda (Tabela 1).

TABELA 1					
Perfil socioprofissional e procedência dos participantes da primeira (n = 75) e da segunda (n = 43) rodadas do Delphi de Políticas, Brasília, 2014					
Categorias	Variáveis	1ª Rodada		2ª Rodada	
		n (%)	%	n (%)	%
Regiões do País	Profissionais	75	100	43	100
	Sudeste	33	44	20	46
	Nordeste	30	40	17	40
	Centro-Oeste	8	11	3	7
	Sul	3	4	2	5
	Norte	1	1	1	2
Área de formação	Fisioterapia	14	19	7	16
	Educação Física	10	14	5	12
	Nutrição	10	13	4	9
	Terapia Ocupacional	9	12	5	12
	Psicologia	8	11	5	12
	Fonoaudiologia	7	9	6	14
	Serviço Social	5	7	4	9
	Farmácia	4	5	3	7
	Enfermagem	4	5	1	2
	Medicina	4	5	3	7

Da primeira etapa do estudo, que visou conhecer as competências necessárias ao processo de trabalho do Nasf, emergiram oito grandes domínios, cada um deles composto por subdomínios, como mostrado no Quadro 2.

QUADRO 2	
Competências necessárias ao processo de trabalho do Nasf, segundo a percepção de profissionais do Nasf, Brasília, 2014	
Domínios	Subdomínios
Organizar o cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o acolhimento do usuário Proporcionar cuidado integral e longitudinal Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária Organizar o processo de trabalho Organizar as ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do Nasf e ESF

QUADRO 2	
Competências necessárias ao processo de trabalho do Nasf, segundo a percepção de profissionais do Nasf, Brasília, 2014	
Domínios	Subdomínios
Trabalhar de modo colaborativo	<ul style="list-style-type: none"> Atuar conjuntamente com os outros profissionais de saúde Realizar planejamento conjunto com os membros das equipes do Nasf e da ESF Realizar apoio à equipe da ESF Pactuar as práticas de atenção à saúde com as equipes do Nasf e da ESF Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe do Nasf Atuar segundo os princípios éticos profissionais Ter bom relacionamento com as equipes do Nasf e da ESF Compartilhar a responsabilidade do cuidado com as equipes do Nasf e da ESF Gerenciar conflitos da equipe do Nasf
Realizar diagnóstico da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as necessidades de saúde locais Identificar os equipamentos sociais Realizar diagnóstico da comunidade com base na epidemiologia Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária
Planejar as ações da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade Desenvolver projetos considerando os recursos disponíveis Definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede Avaliar os resultados das ações de saúde
Desenvolver ações intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> Planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade Dialogar com os equipamentos sociais e diferentes setores Utilizar espaços comunitários Reduzir as barreiras setoriais Desenvolver negociação com outros setores
Fortalecer as políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde Participar das reuniões de conselho Ter formação política Apoiar a constituição de conselhos Conhecer os programas governamentais e inseri-los na prática de saúde

QUADRO 2
Competências necessárias ao processo de trabalho do Nasf, segundo a percepção de profissionais do Nasf, Brasília, 2014

Domínios	Subdomínios
Desenvolver ações educativas com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> Realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços Integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas, com linguagem acessível Ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais Capacitar a população visando a hábitos saudáveis no contexto da população Considerar as necessidades da equipe nas capacitações Ter conhecimentos de educação em saúde
Atuar com as diferentes coletividades	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer os determinantes de saúde Respeitar a diversidade e a cultura comunitária Considerar a diversidade cultural comunitária no planejamento de ações Considerar valores e princípios da comunidade

Com relação aos resultados acerca da importância, os oito domínios e os 46 subdomínios que os compõem, apresentaram alto consenso e convergência de opiniões, demonstrando que estas são, de fato, as competências requeridas no processo de trabalho do Nasf. Exceto o item “ter formação política”, pois este domínio apresentou um IQR = 2,00; e De Loe = 69,3.

Com relação à avaliação da viabilidade, 16 dos 46 subdomínios obtiveram um baixo ou nenhum consenso segundo os critérios de De Loe ou, segundo o índice IQR, não apresentaram convergência de opiniões. Os índices de cada item não consensual para avaliação da viabilidade podem ser visualizados na Tabela 2.

Na segunda rodada foram rerepresentados 16 dos 46 subdomínios iniciais relacionados à viabilidade, e apenas para o item “ter formação política” foi solicitada a reavaliação da importância e viabilidade. Este subdomínio na avaliação da importância apresentou um IQR = 1,00 e um De Loe = 48,8, apresentando nesta fase nenhum consenso e alta divergência de opiniões. Os índices de cada item para o critério da viabilidade podem ser visualizados na Tabela 3.

TABELA 2
Análise da viabilidade dos subdomínios divergentes de acordo com os índices de De Loe e IQR na primeira rodada. Brasília, 2014

Domínios	Subdomínios	De Loe	IQR	Nível de consenso
Organizar o cuidado	Proporcionar cuidado integral e longitudinal	54,7	1,00	Nenhum/ Divergência
	Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária	60,0	1,00	Baixo/ Divergência
Trabalhar de modo colaborativo	Realizar planejamento conjunto com os membros das equipes do Nasf e ESF	68,0	2,00	Baixo/ Divergência
	Pactuar as práticas de atenção à saúde com as equipes do Nasf e ESF	76,0	2,00	Médio/ Divergência
	Compartilhar a responsabilidade do cuidado com as equipes do Nasf e ESF	70,7	1,25	Médio/ Divergência
Realizar o diagnóstico da comunidade	Realizar diagnóstico da comunidade com base na epidemiologia	73,3	2,00	Médio/ Divergência
Planejar ações da comunidade	Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade	60,0	1,26	Baixo/ Divergência
	Avaliar os resultados das ações de saúde	69,4	2,00	Baixo/ Divergência
	Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede	53,4	2,00	Nenhum/ Divergência
Desenvolver ações intersetoriais	Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade	72,0	1,25	Médio/ Divergência
	Reduzir as barreiras setoriais	53,3	1,00	Nenhum/ Divergência
	Desenvolver negociação com outros setores	61,3	1,25	Nenhum/ Divergência
Fortalecer políticas públicas	Participar das reuniões de conselho	70,6	2,00	Médio/ Divergência
	Ter formação política	58,6	1,25	Nenhum/ Divergência
	Apoiar constituição de conselhos	74,7	2,00	Médio/ Divergência
Desenvolver ações educativas	Realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços	74,7	2,00	Médio/ Divergência

TABELA 3
Análise da viabilidade dos subdomínios divergentes de acordo com os índices de De Loe e IQR
na segunda rodada, Brasília, 2014

Subdomínios	De Loe	IQR	Nível de consenso
Proporcionar cuidado integral e longitudinal	72,1	1,00	Alto/ Convergência
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária	58,2	1,00	Baixo/ Divergência
Realizar planejamento conjunto com os membros das equipes do Nasf e ESF	74,4	1,00	Alto/ Convergência
Pactuar as práticas de atenção à saúde com as equipes do Nasf e ESF	88,4	0,25	Alto/ Convergência
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com as equipes do Nasf e ESF	72,1	1,00	Alto/ Convergência
Realizar diagnóstico da comunidade com base na epidemiologia	67,4	1,00	Médio/ Convergência
Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade	60,5	1,00	Médio/ Convergência
Avaliar os resultados das ações de saúde	65,1	1,00	Médio/ Convergência
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede	67,4	1,00	Médio/ Convergência
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade	72,1	1,00	Alto/ Convergência
Reduzir as barreiras setoriais	51,1	1,00	Baixo/ Divergência
Desenvolver negociação com outros setores	67,4	1,00	Médio/ Convergência
Ter formação política	48,8	1,00	Nenhum/ Divergência
Apoiar a constituição de conselhos	72,1	2,00	Alto/ Divergência
Realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços	58,1	1,25	Baixo/ Divergência

DISCUSSÃO

O método Delphi de Políticas possibilitou conhecer as principais competências necessárias ao processo de trabalho no Nasf, que são compostas por oito grandes domínios e 46 subdomínios. Todavia, verificou-se que existem diversos obstáculos para viabilizá-las, o que demonstra que devem ser analisadas em maior profundidade.

O domínio *organizar o cuidado* foi considerado importante e apresentou alto consenso e convergência de opiniões em relação à maioria dos subdomínios que o compõem. Oliveira⁵ aponta que a organização do processo de cuidar é um dos aspectos determinantes para a operacionalização do apoio matricial, que é a proposta principal do Nasf. Para isso, a qualificação de profissionais, bem como a cultura organizacional devem estar alinhadas com a integralidade da atenção.

No entanto, neste estudo observou-se que existem dificuldades para viabilizar o cuidado integral e longitudinal, especialmente devido a dificuldades para articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Nesse aspecto, a comunicação constitui uma estratégia fundamental e deve ser fluida entre esses níveis de atenção, de modo a permitir que AB assuma o seu papel de centro de comunicação e, por consequência, a coordenação do cuidado^{18,19}.

A coordenação do cuidado depende de vários fatores, entre eles a vontade política e os recursos cognitivos e materiais, que devem estar associados a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica, com implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais¹⁸⁻²¹. Uma rede que

funciona de maneira limitada gera carência de atendimento em saúde e estimula a cultura das práticas curativas e encaminhamentos desnecessários, dificultando a integralidade das ações¹⁹.

Assim sendo, o Nasf, como constituinte da AB, tem responsabilidade sobre a organização do cuidado, definindo os fluxos assistenciais e garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, de maneira a dar continuidade aos cuidados do usuário²⁰.

Ademais, o apoio matricial que as equipes do Nasf devem assumir propõe-se a alterar a visão tradicional da referência e contrarreferência, de forma a superar a lógica do encaminhamento, colocando o paciente como elemento central, a ser acompanhado por uma equipe de referência responsável pela elaboração do seu projeto terapêutico²².

No que tange ao domínio *trabalhar de modo colaborativo*, os participantes reconhecem a importância dos subdomínios que o constituem, mas não concordaram entre si quanto à viabilidade dos subdomínios que envolvem a interação e negociação entre os membros da equipe do Nasf com a ESF, como: realizar planejamento conjunto, pactuar as práticas de atenção à saúde e compartilhar a responsabilidade do cuidado. Para superar essas dificuldades, são necessárias mudanças paradigmáticas, já que o trabalho em saúde é marcado pela história das profissões que ditam a divisão do trabalho e as fronteiras entre os grupos na maneira de conceber as relações interprofissionais²³.

Nesse aspecto, o apoio matricial^{3,5} realizado pelo Nasf tem como função precípua estimular o diálogo entre os elementos

da equipe e entre as equipes. Acrescenta-se ainda que o conhecimento do trabalho do outro constitui condição necessária para desenvolver a colaboração em equipe. Além disso, o trabalho no Nasf deve desenvolver práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde, de maneira a construir novas formas de agir em saúde, que garantam a responsabilização dos usuários²⁴.

Outro ponto a observar é a necessidade de mudança na formação do profissional. Para auxiliar no desenvolvimento de práticas interdisciplinares, ela deve incluir o desenvolvimento de competências que enfoquem as relações interpessoais, a formação de vínculos e a humanização²⁴. Assim, devem ser construídas competências comuns às profissões de saúde para que os profissionais saibam como se posicionar em diferentes espaços²⁴.

No domínio *realizar o diagnóstico da comunidade*, o ponto de maior divergência foi em relação a realizar diagnóstico da comunidade com base na epidemiologia, o que indica dificuldade de usar essa tecnologia no âmbito do Nasf. Ela constitui uma ferramenta importante para se conhecer a situação de saúde da comunidade e os determinantes sociais, bem como para realizar a vigilância epidemiológica, a investigação causal dos problemas prioritários e a avaliação dos serviços, das tecnologias e das ações^{25,26}.

Apesar dos avanços na cobertura e no sistema de informações, requeridas pela epidemiologia, muitas dificuldades ainda persistem na produção dos dados, como a falta de recursos materiais e humanos, que interferem na continuidade das informações para retroalimentar os serviços²⁷.

Outro aspecto que dificulta o uso da informação nos serviços de saúde é a falta de monitoramento da qualidade dos dados, que ocasiona ações não sistemáticas e isoladas²⁸. Observa-se, portanto, a necessidade de uma política de avaliação formal e regular, de maneira a propiciar mais qualidade das informações²⁸.

Quanto ao *planejamento das ações com a comunidade*, um ponto de divergência foi em relação a planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade. Esse planejamento deve ser participativo, com os atores envolvidos, pois, quando é realizado com base em situações-problemas identificadas por esses atores, promove-se a cumplicidade e o compromisso com a concretização das ações planejadas²⁹. Nessa perspectiva, é necessário eliminar as barreiras organizacionais, econômicas e socioculturais, de forma a inserir, de fato, a comunidade no processo de planejamento, favorecendo a melhor utilização do sistema e dos serviços de saúde²⁷.

Outro ponto importante em que os participantes demonstraram dissenso foi em relação ao domínio *avaliar os resultados*

das ações. A avaliação tem o objetivo de facilitar a tomada de decisões relacionadas aos projetos ou ações³⁰. Deve ser realizada de maneira sistemática, para subsidiar o desenvolvimento de atividades de qualidade e compatíveis com a realidade local, bem como para institucionalizar a prática avaliativa nos serviços³⁰. No entanto, ainda se encontra em estágio incipiente devido à falta de cultura dos gestores e pelo pouco conhecimento dos profissionais sobre o método³⁰.

Com relação a *desenvolver ações intersetoriais*, os pontos de maior dissenso foram atuar de maneira integrada com outros setores, visando à corresponsabilidade, e reduzir as barreiras setoriais.

Um dos princípios da Atenção Primária à Saúde defendidos pela Organização Mundial de Saúde é a abordagem inter-setorial, que reconhece que a totalidade humana não pode ser entendida exclusivamente por aspectos da saúde, e a articulação com outros setores se faz necessária²⁶. Porém, não constitui uma tarefa muito fácil, pois existe complexidade em integrar a prática intersetorial no âmbito das relações, no contato com o usuário e na elaboração de projetos terapêuticos na unidade local²⁶.

As parcerias intersetoriais devem ser estabelecidas por meio de problemas sociais, integrando saberes e experiências das diversas políticas, o que exige mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais³¹. No entanto, verificou-se que a habilidade “desenvolver negociação com outros setores” foi ponto de divergência dos participantes deste estudo.

Comumente, a maioria dos representantes setoriais já se apresenta com agendas previamente definidas, sem levar em conta as prioridades e necessidades da comunidade³². Isso leva a baixos níveis de adesão ao diálogo, a disputas políticas e a interesses eleitorais sem sustentabilidade, tornando a construção de uma agenda intersetorial integrada um desafio³².

Com relação ao domínio *fortalecer as políticas públicas*, os pontos de maior divergência foram: participar das reuniões de conselho, ter formação política e apoiar a constituição de conselhos. Não houve consenso sobre a importância e a viabilidade de ter formação política, o que é preocupante, pois a AB exige um profissional com visão crítica e reflexiva, com capacidade para problematizar a realidade e com habilidade para tomar decisões complexas³³.

A falta de compreensão da importância da formação política possivelmente ocorre porque no ensino em saúde há uma separação entre as dimensões política e técnica, com mais ênfase no exercício da prática³⁴. Esta dicotomia favorece a entrada no mercado de trabalho de egressos com alto conhecimento tecnológico, habilidades cognitivas e psicomotoras, porém

sem familiaridade com questões sociais, compromissos éticos e cidadania coletiva³⁴.

Observou-se, também, que os participantes do estudo demonstraram dificuldade de articulação com os conselhos de saúde, que são importantes *loci* para a participação da sociedade civil na democratização do SUS³². A dificuldade ocorre porque, muitas vezes, os conselhos têm sido alvo de interesse político-partidário, o que desestimula a participação dos usuários e dos profissionais³², porquanto é requerida a capacitação dos conselheiros para fortalecer a dinâmica participativa dos conselhos³².

Outro ponto importante é o apoio da equipe do Nasf à participação do usuário na constituição dos conselhos locais. Neste aspecto, o vínculo entre a equipe do Nasf e os usuários como sujeitos que falam, julgam e desejam constitui um importante elemento para estimular a criação do conselho local, que é fundamental para o desenvolvimento de um território com mais saúde³³.

Com relação ao domínio *desenvolver ações educativas com a equipe*, o subdomínio que apresentou baixo consenso e divergência de opiniões foi realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços. Como forma de amenizar a dicotomia entre a formação acadêmica e a prática em saúde, têm-se buscado modelos alternativos, como a educação permanente, em que o trabalho é o eixo fundamental da aprendizagem, e os problemas do processo de trabalho devem ser utilizados na aprendizagem coletiva. Entretanto, os resultados deste estudo mostram que ainda não foram adequadamente incorporados pelos serviços de saúde³⁴.

Isso ocorre, em parte, porque a formação em saúde no Brasil, historicamente, tem preparado o profissional para atuação em hospitais e ambulatórios de especialidades com base num modelo clínico hegemônico³⁵. Como consequência, o modelo pedagógico de educação para a formação dos profissionais de saúde continua reproduzindo a relação dominante do professor como detentor de conhecimentos, sem interação social, onde a unidade de relação pedagógica é o indivíduo e não o trabalho em equipe. Constitui-se uma pedagogia que alcança a eficiência técnica e mecânica, porém não estimula a transformação do processo de trabalho^{35,36}.

Assim, deve ser estimulada a criação de espaços formativos nas organizações, como os Nasf, de maneira a produzir a autonomia e o poder de decisão dos trabalhadores, instituindo espaços para propostas de modificações do processo de trabalho e a discussão de concepções, métodos e procedimentos de trabalho³⁷.

Com relação ao domínio *atuar com as diferentes coletividades*, não houve dissenso entre os participantes acerca da impor-

tância e da viabilidade. Nesse aspecto, Vivian *et al.*³⁸ destacam a importância da inserção desta competência no ensino das profissões de saúde e afirmam que essa é uma estratégia que melhora a qualidade e elimina as disparidades nos serviços de saúde³⁸. Assim, os profissionais de saúde podem se tornar mais capazes de fornecer cuidado de qualidade independentemente de raça, etnia e cultura³⁹, aproximando o usuário do serviço e proporcionando acesso universal com a eliminação de barreiras geográficas e socioculturais.

Um cuidado pautado na singularidade do contexto da população facilita a adesão do usuário às práticas de saúde e a construção de comportamentos saudáveis, ampliando a capacidade de análise e intervenção das pessoas sobre o próprio contexto e o seu modo de vida⁴⁰.

Deve-se destacar que houve algumas limitações para a operacionalização do presente trabalho. A primeira delas diz respeito às barreiras geográficas. Na tentativa de superá-la, optou-se pela pesquisa *online*, que reduziu as distâncias físicas, mas não veio sem obstáculos, pois exigiu da pesquisadora um esforço maior para construir a confiança dos participantes e mantê-los motivados a participar de todas as rodadas do Delphi de Políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as competências construídas no processo de trabalho no Nasf evidenciam avanços nas práticas e têm potenciais não apenas para ampliar a capacidade da AB, mas também para contribuir no alcance da integralidade da atenção.

Porém, o Nasf está em processo de implantação e há muitos desafios para sua consolidação, especialmente o fortalecimento da função de apoio matricial, que requer mudança na cultura organizacional; o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar que possa romper com os modelos convencionais de cuidados, voltados para assistência curativa, especializada, fragmentada; a construção de um processo de trabalho centrado na corresponsabilização e gestão integrada do cuidado; e a revisão crítica do processo de formação acadêmica em saúde.

Espera-se que o presente estudo contribua para o fortalecimento de debates acerca de questões referentes aos processos formativos e de trabalho necessários aos profissionais do Nasf, de maneira a favorecer a reflexão e mobilizar os diferentes atores em direção à mudança das práticas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. PNAB Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

2. Brasil. Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Campos G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saúde Colet*. 1999; 4(2):393-403.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
5. Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 273-282.
6. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saúde Colet* 2007;12(2):301-306.
7. Nascimento DDG, Oliveira MA de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde* 2010;34(1):92-96.
8. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Glob Health Promot* 2009;16(2):5-11.
9. Gilbert P. La compétence: concept nomade, significations fixes. *Psych Travail Organiz* 2006;12:67-77.
10. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface Com Saúde Educ* 2014; 18(1):973-986.
11. Winterton J. Competence across Europe: highest common factor or lowest common denominator? *J Eur Ind Train* 2009;33(8/9):681-700.
12. Potgieter T, Merwe R. Assessment in the workplace: a competency-based approach. *SAJIP*. 2002;28(1):60-66.
13. Camelo SHH, Angerami ELS. Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicação para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(2):552-560.
14. Turoff M. The Policy Delphi. In: California U of S, editor. *The delphi method techniques and Applications*; 2002. p. 80-96.
15. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesquisas Admin* 2000;1(12):54-65.
16. Rayens MK, Hahn EJ. Building Consensus Using the Policy Delphi Method. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2000;1(4):308-315.
17. De Loe RC. Exploring complex policy questions using the policy Delphi. *Applied Geography* 1995;15(1):53-68.
18. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York: Oxford University Press Inc; 2004.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saúde Colet* 2010;15(5):2297-2305.
20. Franco TB, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (org). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2004.
21. Lancman S, Uchida S, Szelwar LI, Jardim TA, Gasparo S. O trabalhar no programa saúde da família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: Viana d'Ávila AL (coord.) *Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio de Medicina da USP; 2007. p. 207-28.
22. Figueiredo MD, Furlan PG. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 154-78.
23. Gonze GG, Alves G. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis* 2010; 21(1):129-146.
24. Feuerwerker L. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. *Cad ABEM* 2006; 2:78-80.
25. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: A recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Cien Saúde Colet* 2003; 8(2):557-567.
26. Organización Panamericana de Salud (OPAS). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: OPAS; 2008.
27. Souza M de FM. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2008;17(1):11-12.
28. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública* 2009;25(10):2095-2109.
29. Scarazatti GL, Amaral MA. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 206-220.
30. Carvalho EFD, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemioló-

- gica em âmbito municipal. *Rev. Bras Saúde Matern Infant* 2005;5(Supl 1):53-62.
31. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc* 2004;13(1):25-36.
32. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cien Saúde Colet* 2009;14(3):861-8.
33. Martins PC, Cotta RM, Mendes FF, Franceschini S do CC, Eloiza PS, Dias G, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: Matizes da utopia. *Physis* 2008;18(1):105-21.
34. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cien Saúde Colet* 2009;14(supl1):1523-1531.
35. Sordi MRLD, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latino-Am Enferm* 1998;6(2):83-88.
36. Lopes SRS, Piovesan ÉT de A, Melo LDO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *ComCiências Saúde* 2007;18(2):147-155.
37. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Formação* 2001; 1(2):5-15.
38. Vivian L, Mclaughlin S, Swanepoel C, Burch V. Teaching biopsychosocial competence and the principles of primary health care (PHC) at the patient's bedside. *AJHPE* 2010;2(2):23-28.
39. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health affairs* 2005;24(2):499-505.
40. Retchin SM. Conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Acad Med* 2008;83(10):929-933.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Helena Eri Shimizu participou da concepção, orientação e elaboração e redação final do artigo. Thais Branquinho Oliveira Fragelli participou da concepção, coleta e organização dos dados, e da redação da versão preliminar do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Helena Eri Shimizu
SQN 205 Bloco G Apto 605
Asa Norte – Brasília
CEP: 70843-070 DF
E-mail: shimizu@unb.br