



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE –
PRAPS/FAMED/UFU

GABRIELA CARVALHO LEÃO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIÃO DO TRIÂNGULO NORTE EM MINAS GERAIS:
ESTUDO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIÃO DO TRIÂNGULO NORTE EM MINAS GERAIS:
ESTUDO DE CASO**

GABRIELA CARVALHO LEÃO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à
Faculdade de Medicina da UFU como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista em Saúde
Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Piva Biagini

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliane Parreira Tannús
Gontijo

Revista Pretendida: Ciência & Saúde Coletiva

UBERLÂNDIA

2018

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIÃO DO TRIÂNGULO NORTE EM MINAS GERAIS:
ESTUDO DE CASO**

**PERMANENT EDUCATION OF FAMILY HEALTH SUPPORT NUCLEUS IN
THE REGION OF TRIÂNGULO NORTE IN MINAS GERAIS: CASE STUDY.**

**Gabriela Carvalho Leão¹, Daniella Aparecida de Sousa Alves², Liliane Parreira
Tannús Gontijo³, Marisa Aparecida Elias⁴, Celenia Araújo Martins de Resende⁵,
Angelo Piva Biagini⁶**

- 1- Fisioterapeuta Residente da Área de Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU) - Rua dos Pinheiros, 85, apto 01. CEP. 38412102, Uberlândia-MG, Brasil.*
- 2- Fisioterapeuta Residente da Área de Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU)*
- 3- Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo - EERP/USP; Docente da Faculdade de Odontologia– FOUFU;*
- 4- Doutora em Ciências pelo programa de Psicologia da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto - USP; Docente na Escola Técnica de Saúde - ESTES-UFU;*
- 5- Farmacêutica pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Referência Técnica Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia.*
- 6- Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; Docente da Docente da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FAEFI-UFU*

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF possui seu trabalho norteador pelo apoio matricial, oferecendo suporte clínico-assistencial e técnico- pedagógico às equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF). No entanto, percebe-se que essa função ainda não se concretizou devido a formação e qualificação destes profissionais. A principal ferramenta para essa qualificação é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP). O presente estudo direciona-se para analisar as lacunas a serem preenchidas e aspectos favorecedores da Educação Permanente em Saúde (EPS) nos processos de trabalho do NASF, que possibilitem apoio institucional de excelência em 17 municípios da Região Ampliada do Triângulo Norte. É um estudo de caso de caráter qualitativo que utilizou os seguintes instrumentos, questionário sociodemográfico autoaplicável, a matriz SWOT, oficinas de trabalho e observação de campo participante. O eixo mais citado como nó crítico foi o de EPS e o mesmo foi subdividido em três subeixos para melhor compreensão. Em todos os subeixos, percebe-se a importância da EPS no contexto da Atenção Primária em Saúde para qualificar os profissionais e fortalecer o SUS. Além disso, evidencia-se a importância do apoio institucional para que essa política ocorra.

Palavras-chave: Educação Permanente, Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Equipe Multiprofissional

ABSTRACT

The Family Health Support Nucleus - FHSN has its work guided by matrix support, offering clinical-assistance and technical-pedagogical support to the Family Health Strategy (ESF) teams. However, it is perceived that this function has not materialized yet due to the formation and qualification of these professionals. The main tool for this qualification is the National Policy of Permanent Education in Health (NPEH). The present study is aimed at analyzing the gaps to be filled and aspects favoring Permanent Health Education in the NASF work processes, which provide institutional support for excellence in 17 municipalities in the Triângulo Norte Extended Region. It is a case study of qualitative character that used the following instruments, self-applicable sociodemographic questionnaire, SWOT matrix, workshops and participant observation. The most cited axis as the critical node was EPS, and it was subdivided into three sub-axes for a better understanding of the article. In all sub-axes, we observed that EPS is important in the context of Primary Health Care to qualify professionals and strengthen in SUS. In addition, it is evident the importance of institutional support for this policy to occur.

Key words: Permanent Education; Primary Health Care; Family Health; Multiprofessional team

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como porta de entrada a Atenção Primária em Saúde (APS). No entanto, para que ocorra o fortalecimento da mesma, a ampliação do acesso da população às ações de promoção e prevenção e a melhoria na qualidade da assistência ofertada pelos profissionais é necessário um aumento da resolutividade e aperfeiçoamento dos profissionais que atendem diretamente às famílias, como por exemplo as Equipes de Saúde da Família (EqSF)¹.

Dentre as estratégias necessárias para a ampliação da resolutividade e fortalecimento profissional das equipes de atenção à saúde da família está a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde² (MS) que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, tendo como finalidade a promoção de melhorias na qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que amplia o seu escopo de ações e, conseqüentemente, expande a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na APS².

O NASF tem seu trabalho norteador, principalmente pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial e, desta forma, configura-se em uma equipe de “retaguarda especializada” que oferece suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referências da Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais são as equipes responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário². Salienta-se que a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, define que estas equipes multiprofissionais devem complementar não somente EqSF, mas também as chamadas

equipes de Atenção Básica “tradicionais” e, alterando sua nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ³.

De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o NASF é fundamentado na integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos⁴.

Em síntese, as atividades de apoio do NASF envolvem: discussão de casos, atendimento conjunto ou individual, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, educação permanente e etc^{2,4}.

A implantação do NASF representa a busca pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, visando a consolidação da ESF por meio da expansão de serviços ofertados no mesmo. Contudo, verificando a trajetória do NASF, percebe-se que essa realidade ainda não se concretizou e isso se deve, principalmente, ao déficit de formação e capacitação dos profissionais de saúde que o compõem, sejam eles das EqSF ou das equipes NASF⁵.

Segundo Nascimento e Oliveira⁶, a formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que não vem ao encontro das necessidades do SUS, tampouco APS. Na prática, nota-se profissionais pouco comprometidos com as políticas públicas e as transformações sociais necessárias à promoção de condições de saúde adequadas, mostrando-se desconhecedores ou antagonistas do SUS⁷.

Atualmente, a principal ferramenta guiada para a qualificação destes profissionais é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP)⁸. Ela busca articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos

profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

Ademais, a Educação Permanente em Saúde (EPS) visa superar os tradicionais modelos de capacitação e de educação continuada, em que as atividades são pensadas e desenvolvidas alheias às necessidades reais dos serviços, sendo, portanto, caracterizada pela aprendizagem no trabalho e para o trabalho⁹.

Como apoio institucional para esses profissionais e gestores desse nível de atenção, a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Uberlândia, especificamente o Núcleo de Atenção Primária em Saúde (NAPRIS), traz em sua gênese a proposta de assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões, bem como coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional¹⁰.

As SRS são órgãos estaduais que têm a função de garantir a gestão da Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população. Por sua vez, a SRS de Uberlândia é responsável pelo acompanhamento de 18 municípios, que compõem as regiões de saúde de Uberlândia/Araguari e de Patrocínio/Monte Carmelo, situadas na Região Ampliada do Triângulo Norte¹⁰.

Um estudo amplo, realizado por duas residentes da Área de Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia inseridas no campo de prática na área de gestão, na SRS de Uberlândia, permitiu constatar que a EPS representa uma das principais fragilidades da APS, no contexto do NASF, na categoria gestão de pessoas e do trabalho no SUS.

Posto isso, o presente estudo direciona-se para analisar as lacunas a serem preenchidas e aspectos favorecedores da EPS nos processos de trabalho do NASF, que possibilitem apoio institucional de excelência, na Região Ampliada do Triângulo Norte em Minas Gerais.

MÉTODO

Caracterização e contexto do estudo

Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo, estabelecido por permitir focalizar uma situação, tornando-o adequado para investigar problemas práticos, o que possibilita a descoberta de novos significados, estender a experiência do leitor ou confirmar o já conhecido¹¹.

Como mencionado anteriormente, este artigo faz parte de um estudo mais amplo que buscou identificar os elementos que fortalecem e fragilizam os processos de trabalho do NASF, sob a perspectiva de seus profissionais, possibilitando a qualificação do apoio institucional na esfera regional. Este estudo foi realizado em 17 dos 18 municípios da jurisdição da SRS de Uberlândia em Minas Gerais, dos quais o NASF já havia sido implantado, no período de agosto a dezembro de 2017. Tais municípios compõem as regiões de saúde de Uberlândia/Araguari e de Patrocínio/Monte Carmelo, situadas na Região Ampliada do Triângulo Norte (figura 1) que apresenta um total de 1.086.659 habitantes¹².

Participantes do estudo

Em um universo de 198 profissionais que compõem o NASF dessas duas regiões incluídas na pesquisa, participaram do estudo 86, que representam 43,4% dos profissionais, dentre eles: 23 psicólogos, 17 fisioterapeutas, 15 assistentes sociais, 14 nutricionistas, 8 educadores físicos, 4 fonoaudiólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 médica pediatra e 2 enfermeiras sanitárias. No município de Uberlândia, das 10 equipes

existentes, apenas 4 participaram das oficinas por motivos logísticos e de gestão particulares ao referido município (Quadro 1).

Por questões éticas, os municípios e os profissionais participantes não serão identificados durante a apresentação dos resultados neste artigo.

Instrumentos utilizados para a coleta de dados e procedimentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um questionário sociodemográfico autoaplicável, a matriz SWOT que é acrônimo para o inglês *Strenghts* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), oficinas de trabalho e observação de campo participante.

O questionário sociodemográfico foi aplicado com a finalidade de conhecer o perfil dos profissionais e contemplava informações acerca da idade, sexo, formação acadêmica, tipo de ingresso e de vínculo empregatício destes profissionais na área da saúde.

A Matriz SWOT (Fig. 2) é uma das ferramentas mais utilizadas na gestão estratégica, com boa aplicação para o contexto da saúde uma vez que, viabiliza a construção de um espaço para reflexão sobre a realidade das equipes, com compartilhamento de opiniões e saberes de cada profissional acerca das fragilidades e potencialidades das mesmas¹³.

As oficinas de trabalho enquanto técnica de investigação permitem a criação de espaços favoráveis para a construção de sentidos por meio do compartilhamento de argumentos e posições, bem como mediante deslocamentos e contrastes entre estes, culminando em um produto coletivo. Além disso, as oficinas não se limitam apenas à produção de dados, mas configura-se enquanto meio para o exercício ético e político, uma vez que permite sensibilizar os indivíduos quanto ao tema em discussão¹⁴.

O método da observação participante proporciona ao pesquisador, inserir-se no interior do grupo, tornando-se parte dele, permitindo a interação com os sujeitos, compreendendo os significados de suas vivências e contexto global¹⁵.

A coleta de dados ocorreu com a realização de 21 oficinas *in loco*, uma para cada equipe NASF, com exceções do município de Patrocínio, onde as duas equipes existentes participaram da mesma oficina (Quadro 1).

No início de cada oficina, foi explicado aos participantes o intuito da reunião, deixando claro que o objetivo principal seria o de conhecer a realidade da equipe a fim de melhorar a qualidade do apoio a elas oferecido e que as informações obtidas seriam tratadas com o devido sigilo a fim de resguardar a posição de cada participante enquanto profissionais servidores, permitindo a participação efetiva de todos e a obtenção de informações fidedignas. Além disso, os participantes foram esclarecidos quanto à ferramenta que seria utilizada e, posteriormente, cada um recebeu tarjetas e pincéis atômicos para que pudessem colocar em uma palavra ou pequena frase aquilo que consideravam as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Ao refletirem sobre as forças e fraquezas, os profissionais deveriam levar em consideração o “cenário interno”, analisando, dentre outros aspectos, a própria equipe e seus processos de trabalho, bem como sua relação com as EqSF. Já para elencarem as oportunidades e ameaças, deveriam considerar o “cenário externo”, ou seja, o município ao qual pertencem, a organização, arranjo e gestão da saúde do mesmo, dentre outros pontos relevantes.

As tarjetas foram organizadas em um painel que, por fim, configurou-se como recurso visual para reprodução do contexto geral em que a equipe estava inserida e, a ideia expressa em cada tarjeta foi detalhadamente explicada. Após a discussão de todos os problemas levantados, ao final da oficina, foi solicitado que os participantes

escolhessem e priorizassem aqueles que seriam considerados os principais problemas, tanto do cenário interno, quanto do cenário externo, elegendo assim os “Nós Críticos”. Estes são considerados aqueles problemas prioritários, os quais, possivelmente, estão interligados ou geram outros problemas e, por motivo estratégico, devem ser priorizados. Além disso, foi solicitado para que os participantes levassem em consideração a governabilidade de atuação, tanto da equipe NASF quanto da SRS – Uberlândia, para minimizá-los.

Todos os comentários e discussões, bem como a avaliação da oficina pelos participantes, foram registrados na forma de relatórios que foram devolvidos à cada equipe para as devidas correções e/ou considerações e, posteriormente, constituíram o banco de dados para análise.

Análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2013 e dispostos de forma descritiva. Já para análise dos relatórios foi utilizado a metodologia de análise de conteúdo de Bardin¹⁶ que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A organização da análise de conteúdo envolveu 3 etapas: 1) *pré-análise*: fase de organização dos relatórios que foram utilizados, envolvendo o contato inicial ou “leitura flutuante” e, posteriormente o aprofundamento, respeitando-se todos os critérios para a validação das informações encontradas (exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, é necessário e exclusividade), culminando na criação de hipóteses e objetivos; 2) *exploração do material*: consistiu em uma fase longa com procedimentos de codificação ou enumeração em função de regras previamente

formuladas. Nesta fase, foi realizado a codificação dos problemas do cenário interno (fraquezas) e do cenários externos (ameaças) em temas gerais formando os “núcleos de sentido” e a categorização do material que consistiu no reagrupamento em temas específicos encontrados nos relatórios, formando os “eixos”. Estes núcleos e eixos foram nomeadas de acordo com os termos utilizados pelo MS^{2,17}. Feito estes procedimentos, a etapa seguinte foi a contagem dos eixos em cada relatório analisado, utilizando estatísticas simples que permitiram estabelecer um panorama de resultados com base em tabulações os quais condensaram as informações fornecidas para a análise. 3) *interpretação*: A partir dos resultados brutos, buscou-se torná-los significativos e válidos, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação pautadas em inferências que buscam compreender o que há por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados¹⁶.

Após a sistematização foram levantados um total de 19 eixos distribuídos em 4 núcleos de sentido, sendo que destes, o eixo mais citado como nó crítico foi o de “Educação Permanente” e, por este motivo, constitui o principal objeto de análise deste estudo. Para melhor compreensão deste eixo, realizamos uma nova análise de conteúdo, em que reagrupamos os temas específicos encontrados e sistematizamos os mesmos em subeixos.

RESULTADOS

O resultado do questionário sócio-demográfico aponta que a maioria dos profissionais eram do sexo feminino (88%), com idade entre 31 a 40 anos (51%). Dentre eles 78% apresentavam pós-graduação na área da saúde, sendo 72% especialistas e 6% mestres, com tempo de formados inferior a 5 anos (43%) e 5 a 10 anos (38%). Sobre o

tipo de ingresso destes profissionais, 46% ingressaram através de concurso público, 17% por processo seletivo, 17 % através de indicação e 20% não especificaram.

Quando considerado os resultados da análise do eixo de “Educação Permanente” dos relatórios, encontramos 3 subeixos, que se encontram no Quadro 2 e que serão apresentados a seguir.

Desconhecimento da EqSF acerca da função do NASF

Os resultados desse subeixo evidenciaram que a insuficiência ou inexistência de conhecimento da EqSF sobre as atribuições do NASF e que isso exerce influência no processo de trabalho da mesma. As principais fragilidades levantadas pelas equipes NASF deste trabalho e que são gerados pela falta de EPS para a equipe mínima são: demanda excessiva e sem critério para atendimentos individuais, falta de atuação sob a perspectiva do apoio matricial, dificuldade de comunicação entre a EqSF e NASF e falta de corresponsabilização da EqSF.

Ausência de ações de EPS para desenvolvimento do NASF

Neste subeixo os relatos apontaram que há uma dificuldade da equipe NASF em algumas ações estratégicas e alguns públicos-alvo. Dentre estes, está a atuação em ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças e adolescentes. Além disso, as equipes dão ênfase a falta de capacitações sobre temas diversos, mas que fazem parte do contexto de trabalho das mesmas.

Percebe-se ainda, que o discurso dos profissionais está voltado para a educação continuada e não para EPS. Isso é observado, principalmente, quando apontam a necessidade de capacitações gerais sobre temas não específicos para atualizações de procedimentos e de protocolos, evidenciando a falta de institucionalização da EPS nos municípios.

Desconhecimento da equipe NASF acerca da sua própria função

Os relatos deste subeixo estão relacionados com a falta de EPS para a própria equipe NASF, principalmente no que diz respeito às suas funções e atribuições como equipe de apoio para as EqSF. Os profissionais evidenciam que houve pouca ou nenhuma capacitação para começar os trabalhos como NASF. Ainda relataram que o que sabem sobre suas atribuições são oriundas de pesquisas e estudos próprios.

Este resultado, evidencia o despreparo para atuação destes profissionais no âmbito da APS e apontam que a precária formação sobre a sua função pode estar influenciando o trabalho entre as equipes e provocando as fragilidades apontadas no estudo.

DISCUSSÃO

Embora, o SUS componha um importante mercado de trabalho para os profissionais de saúde, atualmente, percebe-se que a formação dos profissionais ainda está distante da realidade e necessidade do mesmo. Ainda há o predomínio de um modelo de formação onde cada profissional é responsável por uma parte do indivíduo. Isso vai ao encontro com os resultados encontrados no questionário sociodemográfico, em que 72% dos profissionais possuem especialização em alguma área da saúde, evidenciando que a preocupação dos mesmos está voltada mais para a educação continuada do que para a EPS. Essas capacitações e especializações não contextualizadas e baseadas em transmissão de conhecimento, contribuem pouco para a mudança nos setores da saúde e não fazem parte da realidade do trabalho realizado¹⁸.

Sabe-se que estes profissionais foram formados a partir de uma visão tecnicista e especializada em que a atuação é centrada no modelo médico-hospitalar, com um olhar voltado para os aspectos biológicos e tecnológicos da assistência. Neste estudo, a maioria dos profissionais (43%) possuem tempo de formado inferior a 5 anos o que pode desencadear possíveis dificuldades encontradas durante os processos de trabalho. De acordo com Buccini et al¹⁹, a formação destes profissionais, ainda no modelo médico-hospitalar, pode justificar as dificuldades para lidar com questões amplas da atuação no SUS, como por exemplo, trabalhar em equipes, desenvolver uma atuação conjunta com a família e comunidade e atuar como equipes generalistas.

Atualmente, o que se busca é uma melhor intervenção no processo de formação destes profissionais, visando o deslocamento desta visão da assistência individual para um modelo mais contextualizado que auxilie no enfrentamento da realidade do processo saúde/doença da população e, conseqüentemente, respeite os princípios do SUS²⁰.

O tipo de ingresso no serviço de saúde também pode influenciar no serviço prestado, uma vez que seleciona profissionais para o SUS. Além da aplicação de concursos ou seleção pública, o MS² também prevê a valorização da formação em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou áreas afins, especialmente a modalidade residência para o ingresso de profissionais. Neste trabalho, encontramos que menos da metade (46%) ingressaram através de concurso público e 17% por processo seletivo. Nesta linha, é esperado que concursos públicos e processos seletivos selecionem profissionais qualificados para trabalhar no contexto do SUS.

A EPS vem justamente como estratégia para garantir uma melhor qualificação técnica e comprometimento político, humanístico e social dos profissionais de saúde, uma vez que estes são elementos essenciais para o bom desempenho do SUS⁷.

No âmbito da APS, as ações de EPS são importantes e devem ser acrescentadas na prática cotidiana dos serviços²¹. No entanto, pode-se observar uma escassez de ofertas da mesma pelos gestores tanto para o NASF, quanto para a EqSF^{22,23,24}.

As percepções apontadas pelos profissionais do NASF neste trabalho são que há um desconhecimento, tanto da própria equipe quanto da EqSF, acerca da função do NASF. Este resultado, vai de encontro com o estudo de Bispo Junior⁷ em que a maior parte do discurso também convergiu para a inexistência ou a insuficiência de conhecimento sobre os processos de trabalho do NASF ou sobre a lógica do apoio matricial. Como já dito, estas fragilidades resultam em problemas relacionais entre a EqSF e o NASF e que culminam na desarticulação do serviço prestado.

As deficiências na formação dos profissionais para a atuação nas práticas da ESF vão além dos saberes técnicos das profissões, e por isso, há a necessidade do apoio matricial do NASF. A capacitação dos profissionais que trabalham na ponta é fundamental para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a ESF, reestruturando a lógica do atendimento²². No entanto, se a própria equipe NASF desconhece, ou não coloca em prática, suas atribuições e seu papel como apoiador, a desarticulação deste serviço pode ser intensificada. Devemos acrescentar que o bom desempenho do NASF, depende, não somente da formação dos profissionais que o integram, mas também da EqSF, destacando novamente a importância da EPS⁷.

De acordo com o MS² apesar da potencialidade do NASF, sua inserção na APS é um desafio e pode gerar fatores limitantes e problemáticos. As políticas vigentes apontam que a atuação entre a equipe ESF e NASF deve ser integrada e compartilhada. No entanto, há barreiras para que isso de fato aconteça e que vêm ao encontro com a realidade das equipes deste estudo.

Primeiramente, no que diz respeito ao tempo de implantação, a ESF possui processos de trabalho mais consolidados que incluem uma maior gama de documentos norteadores, destinados a elucidar as atribuições de cada profissional. Em contrapartida, os documentos de referência para o NASF, apontam orientações genéricas das ações e atribuições, sem clareza quanto aos processos de trabalho a serem empregados. Essas divergências entre as duas equipes podem gerar processos de trabalho conflituosos²⁵.

Percebe-se também que há diferenças organizacionais nos processos de trabalho dessas equipes. Enquanto no NASF é indicado que os profissionais dediquem a maior parte de suas horas em trabalhos como: reuniões, consultas, visitas domiciliares e grupos compartilhados com EqSF, os profissionais da EqSF, principalmente os de nível superior, têm a maior porcentagem de suas horas destinadas à um grande número de consultas individuais. Somado a isto, temos também a falta de equilíbrio entre o excesso de demanda e a carência de recursos. Em muitos municípios, a falta de uma rede assistencial com serviços especializados para referência do NASF pode fazer com que estes profissionais se sintam pressionados, pela EqSF, população e pela gestão, a desenvolverem ações ambulatoriais, especializadas e individualizadas, sendo induzidos a sua utilização equivocada de forma substitutiva^{2,25,26}. Tudo isso, ocasiona uma confusão do que realmente é o papel do NASF para ambas as equipes e prejudica o trabalho do mesmo, gerando algumas das falas relatadas nos resultados encontrados.

Para minimizar estes desafios é necessário que essas equipes entendam que o trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Segundo Campos e Domitti²⁷, o apoio matricial pretende oferecer tanto uma retaguarda assistencial quanto um suporte técnico pedagógico às equipes de referência, que são as EqSF. Este apoio vai depender de diretrizes clínicas e sanitárias que devem ser construídas em conjunto. Além disso, deve-se definir quais são os critérios para acionar

o apoio e estabelecer as responsabilidades tanto da equipe de referência, quanto da equipe de apoiadores. É uma organização dos processos de trabalho compartilhado entre as equipes e deve acontecer a partir das necessidades, das demandas, das dificuldades ou dos limites das equipes de APS. Neste contexto da lógica do apoio matricial, percebe-se a necessidade de uma atuação interdisciplinar entre essas equipes.

Com este estudo, notamos que a relação entre essas equipes está fragilizada, fragmentada e centrada no enfoque biológico individual o que influencia no cuidado prestado/ofertado. A importância do trabalho em equipe, com enfoque na atuação interdisciplinar, se deve principalmente pela influência do mesmo na integralidade nos cuidados de saúde. A ação interdisciplinar visa a possibilidade de um profissional reconstruir na prática do outro, fazendo com que ocorra uma transformação de ambos para a atuação na realidade em que se encontram²⁸. Além disso, essa soma de saberes e de olhares distintos facilita a abordagem integral das famílias.

Diante das fragilidades na atuação interdisciplinar e da falta de atuação na lógica do apoio matricial, torna-se evidente a necessidade da EPS, uma vez que a mesma utiliza como instrumento o próprio apoio matricial. A EPS é necessária, justamente pelo seu caráter transformador da realidade desses serviços, através da mudança de práticas profissionais e da própria organização do trabalho das equipes. A PNEP propõe que os processos de educação desses profissionais da saúde aconteçam a partir da problematização do processo de trabalho, levando em consideração que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam alinhadas com as necessidades de saúde das populações⁸. Além disso, ela procura contribuir para o aumento da resolubilidade, da longitudinalidade, da humanização, da coordenação do cuidado e da competência pedagógica e cultural dos profissionais²³.

Levando em consideração o apoio pedagógico do NASF, a EPS deve ser realizada pela equipe NASF com as EqSF. Entretanto, se ambas as equipes necessitam desse processo de educação, a concretização disto fica inviável. Somado a isso, temos também a má implantação do NASF sem processos de EPS apropriados, com indefinição das atribuições e processos de trabalho conflituosos com as EqSF, os quais precisam ser parceiros. Tudo isso, converge para o cenário atual destas equipes, no qual as mesmas não se sentem preparadas para o serviço.

Diante desta perspectiva, percebe-se a necessidade de que a implantação do NASF aconteça da maneira como é recomendada pelo MS², com o levantamento dos dados dos territórios, estabelecimento de ações estratégicas e prioritárias, a definição adequada dos profissionais que irão compor o NASF e a definição da infraestrutura, logística e diretrizes. Portanto, a inserção desta equipe na APS requer muito diálogo para definir a melhor estrutura possível de fluxos e processos de trabalhos integrados entre o NASF e a EqSF.

Deve-se focar, primeiramente, em uma sensibilização inicial entre as equipes, para alinhar as expectativas, entendimentos e os conceitos. Essa construção deve ser feita em conjunto, uma vez que a maioria dos profissionais não foram formados para atuar na lógica do apoio matricial². Campos&Domitti²⁷ sugerem que se estabeleça encontros periódicos e regulares entre a equipe NASF (apoiadora) e a ESF (equipe de referência), com o intuito de qualificar o contato entre as mesmas e garantir a realização deste apoio. Além disso, o apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a proatividade dos profissionais do NASF, são fundamentais para a consolidação desta equipe e de seu modo de operar na APS².

É válido reforçar que a formação e qualificação destes profissionais é de responsabilidade das três esferas do governo e deve ocorrer de forma descentralizada,

ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, a partir de cada realidade/necessidade local e regional, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado. Além disso, é indispensável que essas instâncias articulem os caminhos para a formação dos novos profissionais e atualização dos que já estão no SUS, garantindo propostas para um desempenho profissional qualificado²⁹. A SRS, como apoio institucional no âmbito estadual, pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão³⁰. Além disso, de acordo com a PNH³¹, “o apoio institucional deve ofertar um suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalece-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança”. Dito isso e, diante da importância da EPS para gerar mudanças na APS, a SRS pode promover uma articulação regional para sensibilizar os gestores, mas também pode propiciar um apoio aos municípios e organizar os serviços, garantindo a qualificação do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste trabalho elucidam a insuficiência de ações de EPS para todos os profissionais da APS e evidenciam que o predomínio da formação voltada para o modelo tecnicista e o alto grau de especialização dos profissionais ainda é uma barreira para a atuação no contexto do SUS. Além disso, aponta o despreparo das equipes para atuar de acordo com as diretrizes do NASF devido ao pouco ou inexistente conhecimento sobre a lógica do apoio matricial, tanto nas vertentes do apoio pedagógico quanto da retaguarda especializada.

Esses achados, enfatizam que, apesar da implantação do NASF ser inovadora e possuir a expectativa de potencializar as ações da APS, isto não é a realidade da maioria dos municípios analisados, uma vez que se encontra barreiras para a sua concretização.

Ademais, os resultados convergem para a necessidade de implantar a EPS como uma política institucionalizada mediante uma maior sensibilização e articulação dos apoiadores institucionais para garantir a qualificação de novos profissionais e daqueles que já estão no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LE, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enfermagem*; 2016; 25(1): e2810014.
2. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília (DF): MS; 2014.
3. 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). Brasília (DF): MS; 2017.
4. 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). Brasília (DF): MS; 2011.
5. Anjos KFD, Meira SS, Ferraz, CEDO, Vilela ABA, Boery RNSDO, Sena ELDS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*; 2013; 37:672-680.
6. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde (CUSC)*; 2010; 34(1): 92-96.
7. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Caderno de Saúde Pública*; 2017; 33(9): e00108116.
8. Portaria Nº 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. Brasília (DF): MS;2007.

9. Pierantoni CR, Varella TC, Monteiro VO, Santos MR, França T. Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em saúde da família. In: Pierantoni CR, Vianna ALD, organizadores. Educação e saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2010; 224-39.
10. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais [acessado 2018 Fev 11]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-deensino>.
11. André MEDA. Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional. Brasília (DF): Liber Livro; 2005.
12. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Sala de Situação Municipal. [acessado 2018 Jan 25]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Curso Planejamento Estratégico para organizações públicas. Módulo 4: Definindo a estratégia, construindo a Proposta de Valor e a Matriz SWOT. Brasília (DF): ENAP; 2017.
14. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas. *Psicologia & Sociedade*; 2014; 26(1): 32-43.
15. Queiroz DT, Vall J, Souza ÂMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de enfermagem. UERJ*; 2007; 15(2): 276-283.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70. São Paulo; 2011.
17. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2010.
18. Rodrigues da Silva DSJ, DUARTE LR. Educação permanente em saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2015; 17(2): 104-105.
19. Buccini GS, Nogueira-Martins MCF, Sanches MTC. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2009; 48: 51-54.
20. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2001;25(2):53

21. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012
22. Andrade LMB de, Quandt FL, Campos DA de, Delziovo C R, Coelho EBS, Moretti-Pires, RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde & Transformação Social*. 2012; 3(1), 18-31.
23. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2011; 16:4295-306.
24. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2009; 18(2):233-240.
25. Lancman S, Barros JO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*; 2011; 22(3): 263-269.
26. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e sociedade*. 2011; 20(4): 961-970.
27. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.
28. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciências e saúde coletiva*. 2007; 12(2): 455-464
29. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e sociedade*. 2011; 20(4): 884-899.
30. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1): 895-908.
31. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2004.

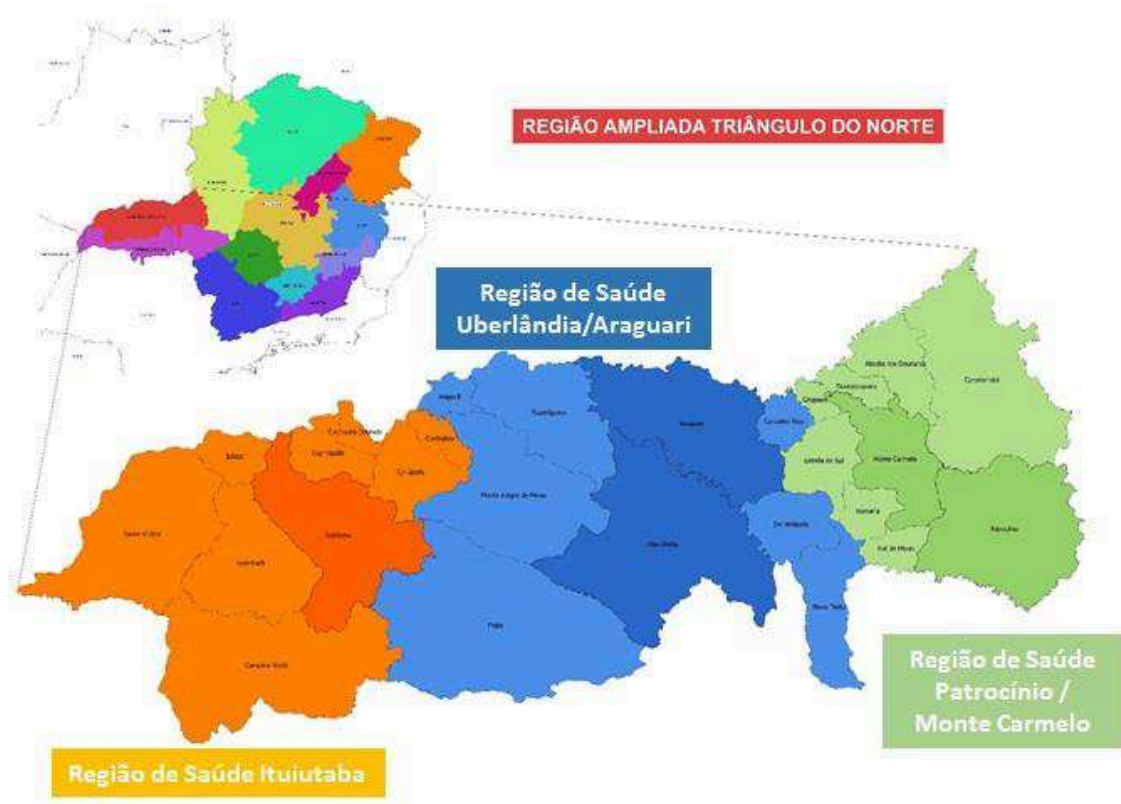
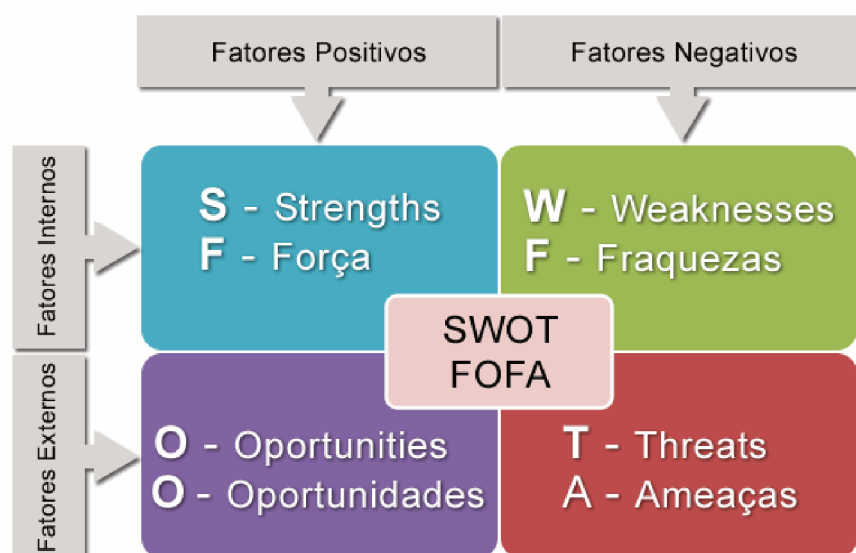


Figura 1: Mapa destacando a Região Ampliada Triângulo do Norte de Minas Gerais

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Sala de Situação Municipal. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>.

Figura 2: Matriz S.W.O.T.



Fonte: Treasy Planejamento e Controladoria. Disponível em: <https://www.treasy.com.br/blog/matriz-swot-analise-swot-matriz-fofa>

Quadro 1: Caracterização dos municípios das regiões de saúde de Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo por população, quantidade de equipes NASF e quantidade de oficinas realizadas por município.

Município	População (n° habitantes)	Número de equipes NASF	Número de oficinas realizadas
Abadia dos Dourados	7.037	1	1
Araguari	116.871	1	1
Araporã	6.717	1	1
Cascalho Rico	3.055	1	1
Coromandel	28.483	1	1
Douradoquara	1.925	1	1
Estrela do Sul	7.940	1	1
Grupiara	1.417	1	1
Indianópolis	6.751	1	1
Iraí de Minas	6.929	1	1
Monte Alegre de Minas	20.979	1	1
Monte Carmelo	48.096	2	2
Nova Ponte	14.715	1	1
Patrocínio	89.333	2	1
Romaria	3.650	1	1
Tupaciguara	25.452	1	1
Uberlândia	669.672	10	4
Prata (NASF não implantado)	27.637	—	—
TOTAL		28	21

Fonte: Autoria própria.

Quadro 2: Sumarização dos subeixos e comentários dos profissionais das equipes NASF acerca dos principais problemas relacionados ao Eixo de Educação Permanente

Eixo Educação Permanente	
Subeixos	Falas dos participantes
1. Desconhecimento da EqSF acerca da função do NASF	<i>“A própria equipe mínima (EqSF) não compreende o que é NASF e não entende o nosso trabalho, isso dificulta demais”</i> (Profissional A) <i>“Pessoal que trabalha aqui tem uma dificuldade de entendimento sobre o que é o NASF, eles acham que estamos aqui só para fazer atendimento individual, se eles veem a gente em algum momento de reunião, planejando ações, por exemplo, acham que a gente está atoa”</i> (Profissional G) <i>“A equipe mínima (EqSF) não tem visão de apoio e trabalho multiprofissional; eles querem que estejam dentro da sala e fazendo atendimento individual.”</i> (Profissional U) <i>“Há ainda resistência da equipe mínima em aceitar a dinâmica de funcionamento do NASF”</i>(Profissional X) <i>“Os profissionais da equipe mínima (EqSF) não acreditam nas potencialidades do grupo”</i>(Profissional D)
2. Ausência de ações de Educação Permanente para desenvolvimento do NASF	<i>“O NASF atualmente não desenvolve ações com grupos específicos, encontramos dificuldades de adesão do público e dentro das nossas agendas nós não encontramos tempo para desenvolver ações com este público, além de não saber bem como manejar essas ações; com os usuários de drogas (principalmente adolescentes) temos dificuldades para traçar estratégias”</i> (Profissional Z) <i>“Falta capacitação geral para todas equipes e profissões”</i> (Profissional T) <i>“Não tivemos capacitação para estruturar o PTS na forma como deve ser, porém nós fazemos”</i> (Profissional O)

	<i>“Falta capacitação para toda a equipe para desenvolvimento de ações relacionadas à álcool e outras drogas” (Profissional I)</i>
3. Desconhecimento da equipe NASF acerca da sua própria função.	<i>“Para começar o trabalho enquanto NASF, não nos sentimos preparadas, algumas profissões não tiveram capacitação” (Profissional C)</i> <i>“Estamos há pouco tempo aqui e sentimos falta de capacitação para entendermos o que realmente é o trabalho do NASF; sentimos falta de uma proximidade, de um apoio; nós entramos no NASF em fevereiro, e nos sentimos jogadas em meio a um processo que já estava em andamento” (Profissional B)</i> <i>“Desconhecimento quanto às atribuições do NASF, o nosso destino enquanto profissionais do NASF, conhecimento quanto à prática do serviço mesmo, registro das ações desenvolvidas no sistema e etc” (Profissional A)</i> <i>“Falta alguém da secretaria, talvez, nos apresentar, falar o que é NASF, porque o que a gente sabe é pela internet mesmo, pelo que a gente corre atrás pra saber” (Profissional V)</i>

Fonte: Autoria própria