

# COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA O TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Professional competencies for the work of the Support Center for Family Health

Thaís Branquinho Oliveira Fragelli<sup>1</sup>, Helena Eri Shimizu<sup>2</sup>

## RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar as competências profissionais para o processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Foram convidados 66 participantes presentes no processo de construção das competências: profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, gestores (apoiadores institucionais) e docentes, provenientes de doze estados brasileiros. Os dados foram coletados por meio de um questionário com questões abertas, *online* e submetidos à análise de conteúdo. Foram identificadas oito competências: realizar diagnóstico da comunidade, planejar as ações para a comunidade, organizar o cuidado, trabalhar de modo colaborativo, desenvolver ações intersetoriais, fortalecer políticas públicas, desenvolver ações educativas, atuar com diferentes coletividades, bem como as habilidades que as compõem. Conclui-se que o perfil de competências identificado evidencia um avanço nas práticas de atenção primária no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Competências na Atenção Primária.

## ABSTRACT

The aim of this study was to identify the professional competencies for the work process of the Support Center for Family Health. There were 66 invited participants in the skills building process: professionals from Family Health Support Centers, managers (institutional supporters), and teachers from twelve states in Brazil. Data was collected through an open questionnaire, online, and submitted to content analysis. Eight competencies were identified: conduct community diagnosis, plan actions for the community, organize care, work collaboratively, develop intersectoral actions, strengthen public policies, develop educational actions, work with different communities, as well as the skills that comprise them. It is concluded that the skills profile identified presents a breakthrough in primary care practices in Brazil.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Health Care; Competences in Primary Care.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) existe desde 1996 com o objetivo de reorientar a atenção primária no Brasil e, em 2008, essa foi ampliada com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF propõe-se a atuar dentro das diretrizes da Atenção Primária em Saúde e insere o conceito de apoio matricial. O termo apoio pressupõe uma relação horizontal e de maneira compartilhada<sup>1</sup>, tendo como eixos de atuação: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente, território, integralidade, participação social,

educação popular, promoção da saúde e humanização.<sup>2</sup> O termo matricial vem da analogia da matriz matemática em que um conjunto de números relaciona-se verticalmente, horizontalmente ou diagonalmente, rompendo com as relações unicamente verticais e com a hierarquização profissional existente nos serviços de saúde.<sup>1</sup>

A Portaria 154/08 preconiza que o NASF tenha, dentro de sua área de atuação, nove áreas estratégicas: 1) atividade física e práticas corporais; 2) práticas integrativas e complementares; 3) reabilitação; 4) alimentação e nutrição; 5) saúde mental; 6) serviço social; 7) saúde da criança, do adolescente e do jovem; 8) saúde da mulher; e 9) assis-

<sup>1</sup> Thaís Branquinho Oliveira Fragelli, fisioterapeuta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Doutora em Ciências da Saúde. E-mail: thaisbranquinho@hotmail.com

<sup>2</sup> Helena Eri Shimizu, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

tência farmacêutica.<sup>2,3</sup>

Além disso, a portaria também criou duas modalidades distintas de NASF, ficando vetada a implantação de ambas no mesmo município. O NASF 01 deve ter, no mínimo, cinco profissionais, não coincidentes, das seguintes áreas: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, alocados de acordo com a necessidade do município<sup>3</sup>. No NASF 02, em que a composição é de no mínimo três profissionais, não coincidentes, das seguintes categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo essa modalidade permitida apenas para municípios com menos de 100 mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado.<sup>3</sup>

Em 21 de setembro de 2010, foi criado o NASF 3 pela Portaria 2.843, com o objetivo de atender usuários de *craque*, álcool e outras drogas na Atenção Básica, promovendo a atenção integral em saúde e saúde mental, para municípios com menos de vinte mil habitantes<sup>4</sup>. A composição é de, no mínimo, três profissionais, não coincidentes, das seguintes categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.<sup>4</sup>

Em outubro de 2011, a Portaria 2.488 suprime os NASF 3, tornando-os automaticamente NASF 2 e definindo que cada NASF 1 deveria acompanhar, no mínimo, oito e, no máximo, quinze ESF, e cada NASF 2 para um mínimo de três e, no máximo, sete ESF<sup>5</sup>.

Em 2012, foi novamente criado o NASF 3 redefinidos os parâmetros de vinculação dos NASF às Equipes Saúde da Família, pela Portaria 3.124 de dezembro de 2012.<sup>6</sup> Assim, cada NASF 1 deve estar vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove ESF; cada NASF 2 a, no mínimo, três e, no máximo, quatro ESF; e, cada NASF 3 a, no mínimo, uma e, no máximo, duas ESF.<sup>6</sup>

Dados de dezembro de 2012 apontam que existem 1.966 equipes de NASF implantadas no Brasil, com maior número nas regiões Sudeste e Nordeste com 571 e 890, respectivamente, totalizando 1.461 equipes (74,3%), enquanto que as regiões Centro-Oeste, Sul e Norte têm 120, 178 e 207, respectivamente, totalizando 505 equipes (25,7%).<sup>7</sup>

O NASF constitui uma proposta desafiadora na qual uma equipe ampliada com profissionais de diferentes áreas do conhecimento atua conjuntamente com os médicos e os enfermeiros da atenção primária, com dinâmica mais flexível, vislumbrando atender as complexas demandas de um determinado território e solucionando os problemas

de saúde, de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da atenção.

A necessidade de inclusão de outros profissionais na equipe, além de médicos e enfermeiros, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros, ocorreu devido ao aumento da expectativa de vida e à mudança no perfil epidemiológico no país que alteraram as demandas sobre o sistema de saúde e exigiram dos profissionais novas competências<sup>8,9</sup> que pudessem traduzir a teoria política e a pesquisa em ação, fator importante para o bom desempenho nas práticas de saúde na atenção primária.<sup>9,10</sup>

Algumas discussões acerca das competências para as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) foram publicadas em documento pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)<sup>10</sup>, na tentativa de propor alternativas para o desenvolvimento das capacidades das equipes. Assim, foi descrita uma matriz de competências (conhecimentos e habilidades) inseridas em funções estruturais baseadas em elementos essenciais da APS. Nesse documento, as competências são classificadas em: 1) genéricas: comuns a todos os membros da equipe; 2) específicas: inerentes a cada profissão predominando os aspectos técnicos; 3) humanísticas: valores, ética e responsabilidade social diante da comunidade.<sup>10</sup>

Destaca-se que a preocupação com o aprimoramento de competências na APS não é nova, todavia, o desenvolvimento de competência é dinâmico, está em constante transformação e comporta diferentes significados e interpretações. Reúne combinações de conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho inteligente em situações específicas<sup>9,11</sup>, incorporando valores éticos, desempenho, prática reflexiva e contexto, não existindo assim maneira única de atuar com competência.<sup>12</sup>

Gilbert<sup>11</sup> afirma que a competência incentiva a reflexão crítica e responde às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais, constituindo um desafio à construção de competências, sobretudo no NASF, que comporta um alto grau de complexidade e dinamicidade.

Assim, o presente estudo tem o objetivo de identificar as competências profissionais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

## MATERIAL E MÉTODOS

Considerou-se necessário que os participantes tivessem experiência e/ou familiaridade com processo de trabalho no NASF. Sendo assim, a seleção da amostra, neste estudo, foi do tipo intencional, ou seja, de sujeitos que pudessem auxiliar na identificação das competências para esse processo de trabalho.

Os participantes foram contatados pelos seguintes

meios: 1) indicação dos profissionais pelas secretarias estaduais, secretarias municipais e busca eletrônica desses na internet, em grupos de redes sociais; 2) indicação dos gestores, em nível de apoiadores institucionais, pelo Ministério da Saúde; e 3) busca de docentes em universidades brasileiras que tivessem cursos, de graduação e/ou pós-graduação, voltados para atenção primária.

Ao final, foram obtidos 28 contatos de e-mail de gestores, 82 de docentes e 268 de profissionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Inicialmente, os participantes foram contatados por e-mail, através do qual receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e um convite para participação. Aceitaram o convite 66 participantes, sendo 42 profissionais, 11 docentes e 13 gestores.

O questionário foi composto por duas partes. A primeira continha questões acerca das informações socio-profissionais como idade, graduação, última titulação e unidade federativa de procedência. Na segunda parte do questionário, foi solicitado que cada participante indicasse três competências gerais, de acordo com as seguintes diretrizes do NASF: integralidade, intersetorialidade, interdisciplinariedade, participação popular, educação permanente, educação popular, humanização, conhecimento de território e promoção de saúde.

Ressalta-se que o questionário foi submetido a pré-teste com três docentes para verificação da pertinência das questões e, posteriormente, foi realizada a aplicação do mesmo ao julgamento de seis profissionais, solicitando que indicassem possíveis dúvidas ou sugestões.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro a abril de 2011. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na qual se procedeu à categorização dos dados com leituras e releituras, objetivando agrupar as diversas uni-

dades com uma denominação comum entre cada uma das diretrizes. Posteriormente, foi realizado um reagrupamento para a formação de categorias principais, que foram avaliadas quanto à sobreposição e inconsistências entre as diretrizes<sup>13</sup>. Assim, chegou-se à percepção das competências. As informações contidas em cada competência percebida foram exploradas e foram identificados seus principais componentes (conhecimentos e/ou habilidades) por diretriz e entre elas. Também foi realizada a quantificação apesar de não ser uma etapa obrigatória na análise de conteúdo.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde do Distrito Federal.

## RESULTADOS

Aproximadamente, 80,3% dos participantes desse estudo foram de mulheres e 19,7% de homens. A média de idade do grupo foi de 35,7, com  $dp= 9,2$ .

Com relação às categorias dos profissionais, participaram 10 categorias profissionais: assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A maior participação foi de psicólogos e de fisioterapeutas.

A unidade federativa com maior participação foi Minas Gerais, com 30,3% dos participantes, seguido de São Paulo, com 22,7%. As unidades federativas com menor participação foi o Espírito Santo e o Maranhão, com 1,5% cada.

Aproximadamente, 40,9% dos participantes têm especialização em áreas relacionadas à Atenção Primária e 3,0% são pós-doutores. Na Tabela 1, pode-se observar um resumo das características socioprofissionais dos participantes.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da população estudada (n=66).

Variável	Categoria	N	%
Procedência	MG	20	30,3
	SP	15	22,7
	DF	7	10,6
	CE	7	10,6
	PB	4	6,1
	BA	3	4,5
	AC	2	3,0
	SE	2	3,0
	MT	2	3,0
	SC	2	3,0
	MA	1	1,5
	ES	1	1,5

Graduação	Psicologia	11	16,7
	Fisioterapia	11	16,7
	Terapia Ocupacional	8	12,1
	Nutrição	6	9,1
	Fonoaudiologia	5	7,6
	Medicina	5	7,6
	Enfermagem	3	4,5
	Educação Física	3	4,5
	Serviço Social	3	4,5
	Farmácia	1	1,5
	Não responderam	10	15,1
Maior Titulação	Especialização em áreas da Atenção Primária	27	40,9
	Graduado	11	16,7
	Doutorado	8	12,1
	Mestre	8	12,1
	Especialização na área de formação	4	6,1
	Pós-doutorado	2	3,0
	Não responderam	6	9,1

Fonte: dados da pesquisa.

Da análise de conteúdo, emergiram oito competências compostas por 46 habilidades. São as competências: 1) realizar diagnóstico da comunidade; 2) trabalhar de modo colaborativo; 3) organizar o cuidado; 4) planejar as ações à comunidade; 5) desenvolver ações intersetoriais; 6) desenvolver ações educacionais; 7) fortalecer políticas públicas; 8) atuar em diferentes coletividades.

A competência ‘organizar o cuidado’ surgiu como fundamental para o alcance das diretrizes: integralidade, promoção de saúde, participação social e interdisciplinaridade.

Foram identificadas cinco habilidades: 1) realizar o acolhimento do usuário; 2) proporcionar cuidado integral e longitudinal; 3) articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária; 4) organizar o processo de trabalho; e, 5) organizar as ações de promoção, de prevenção, de reabilitação e de cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF.

As habilidades – realizar o acolhimento do usuário e proporcionar o cuidado integral e longitudinal – foram listadas por 35% dos participantes. Essas habilidades também foram as que mais tiveram citações com 25 cada.

Os participantes enfatizaram a necessidade de articular os diversos conhecimentos como uma maneira de organizar o processo de trabalho com a finalidade de construir o cuidado integral.

Observou-se, ainda, que os participantes reconhecem que são habilidades tanto da equipe ESF quanto do NASF, articular os diversos níveis de atenção à saúde com a finalidade de contemplar as ações de promoção, de prevenção, de reabilitação e de cura.

O resumo dos resultados da análise de todas as habi-

lidades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 2.

A competência ‘trabalhar de modo colaborativo’ apareceu em todas as diretrizes, sendo frequente a expressão “trabalho em equipe” e a necessidade de entender os limites técnico-profissionais e superá-los, compartilhando saberes.

Foram identificadas nove habilidades na etapa exploratória: 1) atuar conjuntamente com outros profissionais de saúde; 2) realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF; 3) realizar apoio à equipe da ESF; 4) pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF; 5) manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF; 6) atuar dentro dos princípios ético-profissionais; 7) ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF; 8) compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF; 9) capacidade de gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF.

A habilidade – atuar conjuntamente com os outros profissionais de saúde – foram citadas por 52% dos participantes e também foi a habilidade que apareceu maior número de vezes, com 36 citações.

Os participantes enfatizaram as habilidades das equipes ESF e NASF para planejar, pactuar e executar as ações conjuntamente. O papel de apoiador das equipes também foi destacado, bem como a importância do diálogo entre os diferentes membros da equipe e a comunicação no desenvolvimento das práticas de saúde.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Resumo da análise de conteúdo das habilidades referentes às competências: organizar o cuidado e trabalhar de modo colaborativo, Brasília; 2013.

Competências/Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
<b>Organizar o cuidado</b>		
Realizar o acolhimento do usuário	25	35%
Proporcionar cuidado integral e longitudinal	25	35%
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária	21	26%
Organizar o processo de trabalho	17	20%
Organização de ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF	10	12%
<b>Trabalhar de modo colaborativo</b>		
Atuar conjuntamente com os outros profissionais de saúde	36	52%
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF	14	21%
Realizar apoio à equipe da ESF	12	18%
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF	10	14%
Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF	12	14%
Atuar dentro dos princípios ético profissionais	6	9%
Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF	6	9%
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF	3	5%
Capacidade de gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF	1	2%

Fonte: dados da pesquisa.

A competência 'realizar diagnóstico da comunidade' apresentou-se nas diretrizes: integralidade, território e intersetorialidade.

Foram identificadas seis habilidades: 1) identificar as necessidades de saúde locais; 2) identificar os equipamentos sociais; 3) realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia; 4) conhecer fragilidades e potencialidades do território; 5) conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária; 6) diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais.

A habilidade – identificar as necessidades de saúde locais – foi citada por 39% dos participantes, seguida de – identificar os equipamentos sociais – com 29%. A habilidade – organizar as ações de promoção, de prevenção, de reabilitação e de cura no processo de trabalho da equipe NASF e ESF – foi citada por um número menor de participantes, apenas 12%.

O resumo dos resultados da análise de todas as habili-

dades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 3.

A competência 'planejar as ações para a comunidade' apresentou-se como relevante para contemplar as diretrizes: integralidade, participação social e intersetorialidade.

Foram identificadas seis habilidades: 1) capacidade de desenvolver projetos considerando recursos disponíveis; 2) considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações; 3) definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos; 4) planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade; 5) avaliar os resultados das ações em saúde; e 6) estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção.

A habilidade – considerar as necessidades da comunidade no planejamento de ações – foi citada por 27% dos participantes, seguida pelas habilidades – planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunida-

de e capacidade de desenvolver projetos considerando os recursos disponíveis – citadas por 19% dos participantes.

O resumo dos resultados da análise de todas as habili-

dades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Resumo da análise de conteúdo das habilidades referentes às competências: realizar o diagnóstico da comunidade e planejar as ações à comunidade, Brasília; 2013.

Competências/Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
<b>Realizar Diagnóstico da Comunidade</b>		
Identificar as necessidades de saúde locais	29	39%
Identificar os equipamentos sociais	23	29%
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia	18	24%
Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais	16	23%
Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária	6	9%
<b>Planejar as ações da comunidade</b>		
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações	18	27%
Planejar ações em conjunto com a comunidade	15	19%
Capacidade de desenvolver projetos considerando os recursos disponíveis	13	16,4
Definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos	12	15
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede	8	9,5%
Avaliar os resultados das ações de saúde	2	3%

*Fonte: dados da pesquisa.*

A competência ‘desenvolver ações intersetoriais’ destacou-se nas diretrizes: território, participação social e intersetorialidade.

Foram identificadas seis habilidades: 1) planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias; 2) atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade; 3) dialogar com os equipamentos sociais e os diferentes setores; 4) utilizar espaços comunitários; 5) reduzir as barreiras setoriais; e 6) desenvolver negociação com outros setores.

A habilidade – planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias – foi listada por 44% dos participantes, seguida da habilidade – atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade –, listada por 41%. Essas habilidades também foram as que tiveram maior número de citações com 30 e 27 respectivamente.

As habilidades – desenvolver negociação com outros

setores e reduzir as barreiras setoriais – foram listadas por apenas 2% dos participantes e foram citadas apenas uma vez.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 4.

A competência ‘fortalecer as políticas públicas’ foi enfatizada nas diretrizes: promoção de saúde, participação social, intersetorialidade, humanização e educação permanente.

Foram identificadas cinco habilidades na etapa exploratória: 1) conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde; 2) participar das reuniões de conselho; 3) ter formação política; 4) apoiar constituição de conselhos; 5) conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde.

A habilidade –conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde – foi listada por 24% dos

participantes, sendo citada 19 vezes. E a habilidade – conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde – foi citada por apenas 6% dos participantes.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 4.

**Tabela 4** - Resumo da análise de conteúdo das habilidades referentes às competências: desenvolver ações intersetoriais e fortalecer as políticas públicas, Brasília; 2013.

Competências/ Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
<b>Desenvolver ações intersetoriais</b>		
Planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias	30	44%
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade	27	41%
Dialogar com os equipamentos sociais e os diferentes setores	8	12%
Utilizar espaços comunitários	7	11%
Compartilhar a responsabilidade com outros setores	4	6%
Reduzir as barreiras setoriais	1	2%
Desenvolver negociação com outros setores	1	2%
<b>Fortalecer as políticas públicas</b>		
Conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde	19	24%
Participar das reuniões de conselho	8	12%
Ter formação política	8	12%
Apoiar constituição de conselhos	4	6%
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde	4	6%

Fonte: dados da pesquisa.

A competência ‘desenvolver ações educativas’ também foi considerada relevante para operacionalização das diretrizes: promoção de saúde, educação permanente, educação popular e integralidade.

Foram identificadas seis habilidades na etapa exploratória: 1) realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços; 2) Integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas com linguagem acessível; 3) considerar as necessidades da equipe nas capacitações; 4) ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais; 5) utilizar linguagem acessível à população; 6) ter conhecimentos de educação em saúde.

A habilidade – integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas com linguagem acessível – foi listada por 27% dos participantes e citada 19 vezes, seguida das habilidades – realizar treinamentos com profissionais da rede

de serviços e ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais – listadas por 24% dos participantes e também com 19 citações.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 5.

A competência ‘atuar em diferentes coletividades’ foi enfatizada nas diretrizes: promoção de saúde, participação social, intersetorialidade, humanização e educação permanente.

Foram identificadas quatro habilidades: 1) reconhecer os determinantes de saúde; 2) respeitar a diversidade e a cultura local; 3) considerar a diversidade cultural no planejamento de ações; 4) considerar valores e princípios da comunidade.

A habilidade – reconhecer os determinantes de saú-

de – foi listada por 18% dos participantes e obteve 14 citações, seguida da habilidade – respeitar a diversidade e a cultura local – com onze citações listada por 15% dos participantes.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a essa competência pode ser visualizado na Tabela 5.

**Tabela 5** - Resumo da análise de conteúdo das habilidades referentes às competências: desenvolver ações educativas e atuar com diferentes coletividades, Brasília; 2013.

Competências/ Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
<b>Desenvolver ações educativas</b>		
Realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços	19	27%
Integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas	19	27%
Ter habilidades didático-pedagógicas	18	24%
Capacitar a população visando hábitos saudáveis dentro de seu contexto	10	15%
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações	10	15%
Ter conhecimentos de educação em saúde	1	2%
<b>Atuar com as diferentes coletividades</b>		
Reconhecer os determinantes de saúde	14	18%
Respeitar a diversidade e a cultura comunitária	11	15%
Considerar a diversidade cultural no planejamento de ações	2	3%
Considerar valores e princípios da comunidade	1	2%

*Fonte: dados da pesquisa.*

## DISCUSSÃO

A estratégia de renovação da atenção primária, liderada pela OPAS, defende a capacitação dos recursos humanos como fundamental e o fortalecimento de competências como estratégia prioritária para a transformação do sistema de saúde.<sup>10, 14</sup> Assim, esse estudo buscou verificar a percepção acerca do perfil de competências em construção com a ampliação da equipe de atenção primária, ou seja, a criação do NASF.

A competência – organizar o cuidado – foi considerada fundamental pelos participantes que destacaram as habilidades e conhecimentos voltados para a capacidade de acolher o usuário, organizar o processo de trabalho, articular serviços e ações e proporcionar cuidado integral e longitudinal.

O acolhimento dos usuários foi enfatizado devido à necessidade de lidar com os imprevistos frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde. Envolve uma visão humana, empática e respeitosa, com avaliação de riscos e vulne-

rabilidades e hierarquização de prioridades de acordo com as necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais.<sup>15</sup> Propõe-se a concretizar a missão da atenção primária de ser a porta de entrada do sistema, de lidar com a demanda espontânea e ampliar o acesso.<sup>10, 16</sup>

A capacidade para organizar o processo de trabalho bem como a rede de atenção à saúde, foi considerada essencial. A articulação de níveis, serviços e ações com objetivo comum e a coordenação do cuidado sustentam a existência de uma rede integrada, onde distintas ações são vivenciadas e percebidas pelo usuário como contínuas.<sup>17</sup> Permitem uma continuidade para o alcance da integralidade e da longitudinalidade, uma relação intrínseca que se estende além dos episódios da doença entre pacientes e os profissionais que os assistem, trazendo benefícios, tais como melhora da comunicação, da confiança e da responsabilidade.<sup>15, 17</sup>

No que tange a competência “trabalhar de maneira colaborativa”, os participantes enfatizaram a relevância do trabalho em equipe ampliada com a inclusão do NASF,

em que o usuário não é apenas referenciado de um serviço para o outro, deixando de estar na dimensão do “meu” para entrar na dimensão “nossa”, ou seja, remetendo a responsabilidade do cuidado integral a todos os profissionais envolvidos.<sup>18</sup>

Nessa modalidade de trabalho em equipe, são exigidas habilidades para atuar de maneira dinâmica, participativa<sup>9</sup>, com objetivos comuns, com interdependência, com horizontalidade, e com responsabilidade compartilhadas.<sup>19</sup> Nesse contexto, os diferentes profissionais da equipe tornam-se parceiros na tomada de decisão sobre as questões de saúde e os usuários são inseridos nesse processo, favorecendo a integralidade e reduzindo a fragmentação do cuidado.<sup>18, 20, 21</sup>

O trabalho em equipe é considerado uma competência transversal, ou seja, uma prática que deve estar presente o tempo todo para o alcance de todas as diretrizes do NASF. Reúne conhecimentos, experiências e habilidades dos vários membros da equipe, constituindo-se elemento chave na concepção do trabalho colaborativo.<sup>22</sup>

Outra competência destacada pelos participantes refere-se a – realizar o diagnóstico da comunidade – em que a análise da situação de saúde deve anteceder qualquer intervenção, sendo a primeira atividade a ser realizada pela equipe na atenção primária.<sup>10, 23</sup> Dentro desse entendimento, os participantes demonstraram a necessidade de reconhecer as especificidades da comunidade e de ter conhecimentos e habilidades para uma avaliação do território, por meio da identificação das necessidades de saúde, dos equipamentos sociais, das fragilidades e das potencialidades do território, que inclui os riscos ambientais e sociais.

A ênfase dos participantes sobre as informações de saúde também é destacada pela OPAS.<sup>10</sup> Assim o manejo da informação constitui uma competência importante no planejamento, na gestão dos serviços e na avaliação, devendo ser baseado em dados epidemiológicos e administrativos. Dessa forma, constitui uma atividade intrínseca ao planejamento, atividade vital para que as ações tenham um resultado esperado com a articulação de objetivos e os meios de alcançá-los.

Paim<sup>24</sup> afirma a importância da epidemiologia para conhecer a situação de saúde da comunidade, os determinantes e as tendências para a tomada de decisões. Starfield<sup>18</sup> e a OPAS<sup>10</sup> destacam também o uso dessa disciplina para a vigilância epidemiológica, a investigação causal dos problemas prioritários e as avaliações dos serviços, das tecnologias e das ações. Assim, a habilidade para o uso da epidemiologia também foi considerada importante pelos participantes.

É, pois, necessário eliminar as barreiras de acesso ge-

ográficas, organizacionais, econômicas e socioculturais, de maneira a inserir a comunidade no processo de planejamento, favorecendo, dessa forma, maior participação e utilização do sistema e serviços de saúde, de acordo com as suas necessidades.<sup>10</sup>

As habilidades relacionadas à competência - desenvolver de ações intersetoriais - também foram relatadas pelos participantes, que destacaram a necessidade de dialogar com os equipamentos sociais, de compartilhar responsabilidades, de desenvolver negociação com outros setores, de atuar de maneira integrada dentro de espaços comunitários. Gargioni e Raviglione<sup>25</sup> relatam que, entre os princípios da APS defendidos pela Organização Mundial de Saúde, está a abordagem intersetorial, que reconhece a saúde como resultado de processos políticos complexos que necessita da atuação conjunta de diferentes setores da sociedade.

A intersetorialidade constitui-se de iniciativas conjuntas entre dois ou mais setores e facilita o estabelecimento de vínculo estreito entre o público e o privado, dentro e fora dos serviços de saúde como o Estado, empresas e sociedade civil.<sup>26</sup> Essa forma de trabalho mobiliza a comunidade e o governo a trabalhar em conjunto<sup>27</sup> e é necessária para que ocorram efeitos nos problemas de saúde e seus determinantes.<sup>10, 18</sup>

Com relação ao fortalecimento das políticas públicas, a OPAS<sup>10</sup> elenca vários conhecimentos e habilidades que também foram referenciados pelos participantes como conhecer as políticas e programas do setor de saúde, políticas públicas locais, adaptar as políticas à realidade local e fortalecer as políticas locais e setoriais. Além disso, os participantes enfatizaram as habilidades para fortalecer a participação e a constituição de conselhos de saúde, já que estes ampliam os espaços de decisão e ação do poder público, sendo instrumento para os direitos dos cidadãos.<sup>28</sup>

Os participantes também destacaram competências para o desenvolvimento dos recursos humanos com habilidades e conhecimentos para desenvolver ações educativas voltadas para a rede de serviços e equipes. Nesse sentido, vale salientar que a formação em saúde no Brasil, apesar dos incentivos governamentais nos últimos anos, ainda sofre a influência do modelo médico-hegemônico com a fragmentação do cuidado e preparação do profissional para atuação em hospitais e ambulatórios de especialidades.<sup>1</sup>

Assim, a criação do NASF, com a inserção de várias categorias profissionais, impõe a necessidade de reflexão e transformação do processo de trabalho já desenvolvida por profissões tradicionais como medicina e enfermagem, para que ocorram mudanças nas práticas de saúde.<sup>29</sup>

Vivian et al<sup>30</sup> destacam a importância da inserção, no

ensino das profissões de saúde, da atuação em diferentes coletividades, uma estratégia que melhora a qualidade e elimina as disparidades nos serviços de saúde. Com essa estratégia, os profissionais de saúde podem tornar-se mais capazes de fornecer um cuidado de qualidade independentemente da raça, da etnia e da cultura<sup>31</sup>, aproximando o usuário do serviço e proporcionando um acesso universal com eliminação de barreiras geográficas e socioculturais.<sup>10, 18</sup>

Outro destaque refere-se às habilidades para integrar o saber do indivíduo à prática educativa da comunidade, considerando-se o contexto, com linguagem acessível e com objetivo de obter mudanças de hábitos, aspectos considerados importantes na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no tratamento precoce, minimizando o sofrimento e a incapacidade.<sup>21</sup>

Essas ações devem facilitar a construção de práticas de comportamentos saudáveis de maneira a difundir informações que ampliem a capacidade de análise e de intervenção das pessoas sobre o próprio contexto e o seu modo de vida.<sup>21</sup> É essencial a habilidade para gerenciar grupos educacionais que facilite a aprendizagem da comunidade, enfatize a promoção e a prevenção da saúde<sup>10</sup>, pois, assim, facilitam-se mudanças e constrói-se a reflexão coletiva sobre as necessidades, as expectativas e as angústias do usuário, de maneira a construir uma relação horizontal deste com o profissional.<sup>32</sup>

As habilidades voltadas à comunicação também foram abordadas, uma relação considerada apropriada com os usuários, com a comunidade, com atores políticos e gerenciais, com vários níveis de atenção e equipe, melhorando a satisfação do indivíduo, a adesão terapêutica, a atuação comunitária, a resolução de conflitos entre os membros da equipe e os resultados de saúde.<sup>10</sup>

## CONCLUSÕES

Os atores envolvidos com o desenvolvimento do processo de trabalho no NASF têm envidado esforços no sentido de avançar na construção de competências que visam ao desenvolvimento da capacidade das equipes de atenção primária.

Verifica-se que o NASF tem contribuído para revitalizar as competências da APS, com vistas ao alcance da integralidade da atenção. Ademais, tem oportunizado maior reflexão sobre o desempenho dessas competências, sobretudo vislumbrando maior aproximação do ensino, da comunidade e do serviço de saúde.

Por fim, destaca-se que as competências requeridas na AP são tão amplas e complexas que exigem análises constantes e contínuas, que incluam a participação não só da

equipe mas também dos usuários e da comunidade para aprimorá-las.

## REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.843 de 20 de setembro de 2010. Brasília; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
7. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [site]. [Citado 2012 dez. 02]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>.
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 Promo*. 2009; 16(2):5-11.
9. Duckett SJ. Health workforce design for the 21st century. *Aust Health Rev*. 2005; 29(2):201-10.
10. Organización Panamericana de Salud. *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: OPAS; 2008.
11. Gilbert P. La compétence: concept nomade, significations fixes. *Psychologie du Travail et des Organisations*. 2006; 12:67-77.
12. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho

nos núcleos de apoio à saúde da família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1):92-6.

13. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008; 62(1):107-15.

14. Adell CN, Echevarria CR, Bentz RMB. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam de Salud Pública*. 2009; 26(2):176-83.

15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(22): 1219-21.

16. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl.3):3615-24.

17. Almeida PFD, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):.84-95.

18. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York: Oxford University; 2004.

19. Fortuna CM, SM Mishima, S Matumoto, MJB Pereira. O trabalho de equipe de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(2):262-8.

20. Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Med Educ Online*. 2005; 10:1-13.

21. Retchin SM. Conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Acad Med*. 2008; 83(10): 929-33.

22. Jackson A, Bluteau P. Interprofessional education, collaborative practice and primary care. *InnovAiT*. 2011; 4(4):230-5.

23. Ribeiro LCC, Ribeiro M, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(3):448-52.

24. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):557-67.

25. Gargioni G, Raviglione M. The principles of primary health care and social justice. *J Med Pers*. 2009; 7(2):103-5.

26. Ardakani MA, Rizwan H. Community ownership and intersectoral action for health as key principles for achieving "Health for all". *East Mediterr Health J*. 2008; 14:57-66.

27. Martins PC, Cotta RMM, Siqueira-Batista R, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008; 18(1):105-21.

28. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS*. 2009; 12(2):221-7.

29. Saube R, Wendhausen ALP, Benito GAV, Cutolo LRA. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(4):654-61.

30. 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):23-8.

31. 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.

32. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):356-62.

---

Submissão: maio/2013

Aprovação: novembro/2013

---