

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Thaís Branquinho Oliveira Fragelli

**Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da
Família**

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutor em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Helena Eri Shimizu

**Brasília
Fevereiro, 2013**

THAÍS BRANQUINHO OLIVEIRA FRAGELLI

**ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a. Helena Eri Shimizu
(Presidente – Universidade de Brasília)

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche
(Membro Efetivo – Universidade Federal de Santa Catarina)

Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann
(Membro Efetivo – Universidade de Brasília)

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
(Membro Efetivo – Universidade de Brasília)

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa
(Membro Efetivo – Universidade de Brasília)

Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça
(Membro Suplente – Universidade de Brasília)

*Ao meu grande companheiro e amigo,
Ricardo e, às minhas princesas Luísa e
Vanessa, razões da minha existência,
amores da minha vida!*

AGRADECIMENTOS

Não foi um caminho fácil... muito menos rápido...

Foram quatro longos anos de muito trabalho...

Muitos empecilhos atravessaram meu caminho, muitos problemas apareceram mas...

Estou aqui, conclui meu objetivo!

E, muitas pessoas foram essenciais para que eu conseguisse chegar ao final...

Então, não poderia deixar de agradecer:

- A Deus, por ser meu sustentáculo nos momentos mais difíceis ...

- Àqueles que são a razão por eu ter persistido até o final: meu esposo Ricardo, companheiro de todas as horas, em todos momentos e, que está comigo há 19 anos, dividindo as dores e as alegrias da vida e; minhas filhas maravilhosas, Luísa e Vanessa, sempre compreensivas, preocupadas e cuidadosas. Obrigada meus amores!

- Aos meus pais Elpídio e Angela por me darem a compreensão da importância do estudo.

- Ao meu irmão Tiago, que mesmo distante, sempre esteve incentivando a conclusão dessa etapa.

- À profa Isolda Günther, que fora minha orientadora de mestrado e, posteriormente, uma amiga com quem pude contar também nessa etapa tão árdua.

- À profa Helena Shimizu pelos seus conhecimentos e sua orientação.

- À Universidade de Brasília pelo privilégio de novamente ter sido sua aluna.

- Ao amigo prof. Adson por estar presente nessa fase final, sempre prestativo, pronto a ajudar.

- À Angela Fragelli pela leitura crítica e pelas considerações pertinentes.
- À banca de defesa professores Dário Frederico Pasche, Edgar Merchan-Hamann, Gustavo Nunes de Oliveira, Maria Fátima Sousa, pelas valiosas contribuições.
- Aos participantes voluntários dessa pesquisa pela disposição em contribuir.
- Às secretárias Edigrês e Carla sempre prestativas, solícitas e educadas.

A todos vocês meus sinceros agradecimentos!

Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido se não tocamos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia (...) E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura, enquanto durar.

Cora Coralina

RESUMO

FRAGELLI, TBO. **Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 2013. 176p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pela Portaria GM nº 154/2008 com a proposta de inserir profissionais, de diferentes áreas do conhecimento, com o objetivo de ampliar a capacidade da atenção básica, segundo as diretrizes da Atenção Primária à Saúde. Objetivos: O objetivo geral foi investigar as competências profissionais construídas no processo de trabalho do NASF e, como objetivos específicos: 1) identificar as competências construídas no âmbito do processo de trabalho do NASF; 2) analisar a importância e viabilidade das competências identificadas; 3) verificar as competências consensuais e não consensuais; 4) compreender as dificuldades para operacionalização das competências identificadas. Métodos: O estudo foi realizado em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado um estudo exploratório com 13 gestores (apoiadores institucionais), 42 profissionais e 11 docentes. Foi aplicado questionário com perguntas abertas, por meio da *internet*, onde foi solicitado que cada participante indicasse as competências necessárias para a atuação no NASF. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, onde foram identificadas oito 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) fortalecer políticas públicas; 7) desenvolver ações educativas; e, 8) atuar com diferentes coletividades. Na segunda etapa, foi utilizado o método Delphi de Políticas, adaptado para este estudo, com 75 painelistas (51 profissionais do NASF, 12 gestores - apoiadores institucionais - e 12 docentes), por meio da *internet*, em duas rodadas, onde foram aplicados questionários com questões fechadas, tipo Likert, com análise da importância e da viabilidade das competências identificadas na primeira etapa, também foi disponibilizado um campo para justificativas das respostas. Os resultados foram analisados seguindo os critérios de De Loe e IQR. Nessa etapa, foram confirmadas as competências encontradas na primeira etapa, por meio da análise do critério de importância. Na análise do critério de viabilidade das habilidades que compõe as competências, foram detectados vários entraves

para a operacionalização dessas, dentre os quais destacou-se: 1) articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária; 2) realizar o diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia; 3) planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade; 4) avaliar os resultados das ações de saúde; 5) estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção; 6) reduzir as barreiras setoriais; 7) desenvolver negociação com outros setores; e, 8) ter formação política. Na terceira etapa, foi realizada uma análise de conteúdo das justificativas dos participantes relacionadas aos dissensos encontrados no estudo Delphi de Política. Aqui, foi possível compreender melhor as dificuldades encontradas, pelos participantes, para operacionalização das habilidades que compõe as competências. Conclusão: O perfil de competências encontrado no presente estudo, evidencia um avanço nas práticas do NASF enfrentando, porém, obstáculos entre os quais se destaca que o processo de trabalho não está estruturado dentro do apoio matricial.

Palavras-chave: Núcleo Apoio à Saúde da Família; Apoio Matricial; Atenção Básica; Competências.

ABSTRACT

FRAGELLI, TBO. **Analysis of the professional competences in Centers Support for Family Health**. 2013. 176p. Thesis (Doctoral) – Health Science Faculty, University of Brasília, Brasília – DF.

The Centers Support for Family Health (CSFH) was created by Executive Order 154/2008 with the proposal to add professionals from different areas of knowledge, with the aim of expanding the capacity of primary care, according to the guidelines of Primary Health Care. Objectives: The general objective was to investigate the professional competences built in the CSFH's working process, and specific objectives: 1) to identify the competences built in the CSFH's working process; 2) to analyze the importance and feasibility of competences identified; 3) to check the consensual and non-consensual competences; 4) to understand the difficulties in operationalizing the competencies identified. Methods: The study was conducted in three steps. In the first step, an exploratory study was conducted with 13 managers (institutional supporters), 42 professionals and 11 professors. A questionnaire was applied, with open questions, through the internet, where each participant was asked to indicate the necessary CSFH's competences. The data were subjected to content analysis, which identified eight competencies: 1) to conduct community diagnosis; 2) to work collaboratively; 3) to organize care; 4) to plan the actions to the community; 5) to develop intersectoral action; 6) to strength public policies; 7) to develop educational activities; 8) to work with different communities. In the second step, It used the Policy Delphi method, adapted for this study, with 75 panellists (51 NASF professionals, 12 managers - institutional supporters- and 12 professors), through the internet, in two rounds, which questionnaires were applied with closed Likert questions, with analysis of the importance and feasibility of competences identified in the first step, and it was made available a field justifications for the answers. The results were analyzed according to the criteria of De Loe and IQR. In this step, it were confirmed the competences identified in the first step, through an analysis of the importance criterion. In the analysis of the viability, various obstacles were detected for the operationalization of these competencies: 1) to articulate the levels of primary, secondary and tertiary; 2) to make a diagnosis of community-based epidemiology; 3) to plan actions that promote changes in conjunction with the

community; 4) to evaluate the results of health programs; 5) to establish strategies to facilitate access to care network; 6) to reduce sectoral barriers; 6) to develop negotiation with other sectors; 7) to have training policy. In the third step, it performed a content analysis of the motivations of the participants related to the dissent found in the Policy Delphi. Here, it was possible to better understand the difficulties encountered by the participants, for operationalization of the skills. Conclusion: The competences' profile found in this study shows an improvement of CSFH facing, however, some obstacles among which stands out the work process is not structured within the matrix support.

Key Words: Centers Support for Family Health; Matrix Support; Primary Care; Competences.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Questionário disponibilizado, aos participantes da etapa exploratória na plataforma <i>Google Docs</i> , Brasília, 2012.....	58
Figura 2. Questionário disponibilizado aos participantes da primeira rodada Delphi de Políticas na plataforma <i>Google Docs</i> , Brasília, 2012.....	64
Figura 3. Questionário disponibilizado aos participantes da segunda rodada Delphi de Políticas na plataforma <i>Google Docs</i> , Brasília, 2012.....	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Concepção de competência de acordo com diferentes abordagens, Brasília, 2012.....	43
Quadro 2. Principais autores e suas contribuições nos EUA.....	45
Quadro 3. Iniciativas Governamentais no Reino Unido	46
Quadro 4. Síntese das abordagens americana, inglesa, francesa e australiana	50
Quadro 5. Resumo das principais iniciativas para o desenvolvimento de competências em saúde pública no contexto internacional no campo da educação e promoção de saúde	52
Quadro 6. Competências e habilidades identificadas na etapa exploratória no processo de trabalho do NASF, Brasília, 2012.....	62
Quadro 7. As interpretações adaptadas da proposta de Turoff para as escalas de importância e viabilidade.....	63
Quadro 8. Critério de De Loe para análise do posicionamento dos participantes em pesquisas que utilizam a técnica Delphi de Políticas	66
Quadro 9. Critério IQR para avaliação do consenso das habilidades.....	67
Quadro 10. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.	81
Quadro 11. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.....	84
Quadro 12. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência realizar diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.....	86
Quadro 13. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.....	89
Quadro 14. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.....	91

Quadro 15. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.....	94
Quadro 16. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.	96
Quadro 17. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência atuar em diferentes coletividades, Brasília, 2012.	98
Quadro 18. Síntese do consenso relacionado às competências rerepresentadas na segunda rodada, pelo critério de De Loe, Brasília, 2012.	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio-profissionais dos participantes da etapa exploratória, Brasília, 2012.	70
Tabela 2. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: organizar o cuidado e trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.	72
Tabela 3. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: realizar o diagnóstico da comunidade e planejar as ações à comunidade, Brasília, 2012.	74
Tabela 4. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: desenvolver ações intersetoriais e fortalecer as políticas públicas, Brasília, 2012.	75
Tabela 5. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: desenvolver ações educativas e atuar com diferentes coletividades, Brasília, 2012.	77
Tabela 6. Perfil socioprofissional dos sujeitos que participaram da primeira rodada do estudo Delphi de Políticas, Brasília, 2012.	78
Tabela 7. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.	79
Tabela 8. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.	80
Tabela 9. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.	82
Tabela 10. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.	83
Tabela 11. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência realizar diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.	85
Tabela 12. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência realizar diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.	86
Tabela 13. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.	87

Tabela 14. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.	88
Tabela 15. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.....	90
Tabela 16. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.....	91
Tabela 17. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.	92
Tabela 18. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.	93
Tabela 19. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.....	95
Tabela 20. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.....	96
Tabela 21. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência atuar com diferentes coletividades, Brasília, 2012.	97
Tabela 22. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência atuar em diferentes coletividades, Brasília, 2012.	98
Tabela 23. Perfil socioprofissional dos participantes da segunda rodada do Delphi de Políticas, Brasília, 2012.....	100
Tabela 24. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.	101
Tabela 25. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.	102
Tabela 26. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência realizar o diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.....	102
Tabela 27. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.	103
Tabela 28. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.....	104
Tabela 29. Avaliação da importância pelo critério de De Loe para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.	104
Tabela 30. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.	105

Tabela 31. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.....	105
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CDC - Centers for Disease Control

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGES- Departamento de Gestão da Educação na Saúde

ESCS – Escola de Ciências da Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

EUA- Estados Unidos da América

FEPECS – Fundação Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GPEC - *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IQR- Intervalo Interquartilico

IUHPE - International Union for Health Promotion and Education

MEC- Ministério da Educação

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

PET- Programa de Educação Tutorial

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SESU- Secretaria de Educação Superior

SGTES- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SOPHE - Society for Public Health Education

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
2. CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1. TRABALHO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E TECNOLOGIAS	25
2.2. SUS: A MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL E OS DESAFIOS	27
2.2.1. Estratégia Saúde da Família	29
2.2.2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família	30
2.2.2.1. Apoio Matricial ou Matriciamento	31
2.3. POLÍTICAS E AÇÕES PARA MUDANÇA NO MODELO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE	36
2.4. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE PÚBLICA: CONCEITOS, ORIGENS, ABORDAGENS E APLICAÇÕES	41
2.4.1. Competency, Competencies, Competence, Competences?	42
2.4.2. Distintas Teorias, Distintas Culturas e Distintas Abordagens	43
2.4.2. Origens do Termo Competências	44
2.4.2.1. Estados Unidos	44
2.4.2.2. Inglaterra	46
2.4.2.3. França	47
2.4.2.4. Austrália	49
2.4.3. Competências em Saúde Pública	51
2.4.3.1. <i>Galway Consensus Conference</i>	53
3. PERCURSO METODOLÓGICO	56
3.1. ETAPA EXPLORATÓRIA	56
3.1.1. Participantes	57
3.1.2. Instrumento de Pesquisa	57
3.1.3. Análise dos Dados	58
3.2. DELPHI DE POLÍTICAS	60
3.2.1. Participantes: Definição da composição do painel	61
3.2.2. Instrumento de pesquisa: Elaboração dos questionários	61
3.2.3. Desenvolvimento do Delphi de Políticas	65
3.2.4. Análise dos Dados: Critérios para Medição de Consenso	66

3.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DEPOIMENTOS DOS CAMPOS DE JUSTIFICATIVAS DOS QUESTIONÁRIOS	67
3.4. QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA	68
4. RESULTADOS	69
4.1. ETAPA EXPLORATÓRIA	69
4.1.1. Perfil Socioprofissional dos Participantes	69
4.1.2. Competências Necessárias para o Processo de Trabalho do NASF	70
4.2. DELPHI DE POLÍTICAS	77
4.2.1. Primeira Rodada	77
4.2.1.1. Perfil Socioprofissional dos Participantes	77
4.2.1.2. Competências Necessárias para o Processo de Trabalho do NASF	79
4.2.2. Segunda Rodada	99
4.2.2.1. Participantes	99
4.2.2.2. Competências Necessárias para o Processo de Trabalho no NASF	100
4.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO	106
4.3.1. Organizar o Cuidado	107
4.3.2. Trabalhar de Modo Colaborativo	110
4.3.3. Realizar o Diagnóstico da Comunidade	113
4.3.4. Planejar Ações para a Comunidade	115
4.3.5. Desenvolver Ações Intersetoriais	119
4.3.6. Fortalecer Políticas Públicas	121
4.3.7. Desenvolver Ações Educativas	123
4.3.8. Atuar com as Diferentes Coletividades	124
5. DISCUSSÃO	126
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
7. REFERÊNCIAS	156
APÊNDICE A- Questões Apresentadas na Etapa Exploratória	169
APÊNDICE B - Questões Apresentadas na Primeira Rodada do Estudo Delphi de Políticas.	171
APÊNDICE C - Questões apresentadas na Segunda Rodada do Estudo Delphi de Políticas	175
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	176

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica define a Atenção Primária de Saúde no Brasil como um conjunto de ações de saúde individuais e/ou coletivas, que incluem a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde(1).

A Estratégia de Saúde da Família(ESF) constitui uma tática prioritária oficial de atenção primária no Brasil e tem como objetivo reestruturar o sistema de saúde, estabelecendo a maior e a mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos atualmente existentes(2)(3). Tem como proposta reorientar o modelo de atenção, sendo a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde(SUS)(3).

Destina-se às populações delimitadas geograficamente e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da longitudinalidade, da integração, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social(1). Deve ser contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo necessária práticas gerenciais, democráticas e participativas e, com trabalho em equipe(1).

Considerando, porém, a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde da comunidade, a composição da equipe de saúde da família (médico da família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde) nem sempre consegue atendê-los de maneira resolutiva(4)(5).

Nesse aspecto, em 2008, o Ministério da Saúde criou, por meio da portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008, o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família – com o objetivo de apoiar a Estratégia a Saúde da Família(4).

Esse apoio, denominado de apoio matricial ou matriciamento, constitui um arranjo técnico-assistencial com objetivo de ampliar a prática das equipes de saúde da família em duas dimensões: 1) a assistencial, que se relaciona com o cuidado direto aos indivíduos; e, 2) a técnico-pedagógica, referente ao suporte às equipes para ampliar as possibilidades de intervenção(6). É uma lógica de trabalho proposta

para ser realizada pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF em conjunto com as Equipes de Saúde da Família(7)(8).

Assim, a equipe de apoio pretende-se integrar profissionais de diferentes áreas de conhecimento como: assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos acupunturistas e homeopatas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais(4)(5).

Esses profissionais distribuem-se em 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) assistência farmacêutica(4)(5).

A escolha da composição das equipes do NASF de um determinado território dependerá das características e das necessidades locais, de maneira a qualificar e a complementar o trabalho das equipes de saúde da família, com atuação compartilhada e superando a fragmentação(6)(9).

Propõe-se também atuar dentro das diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), com ações interdisciplinares e intersetoriais; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização(4)(5).

A proposta não se limita em ter mais profissionais na equipe. Deve-se articular o trabalho, preservando a autonomia profissional(10). E, mesmo diante de procedimentos normativos institucionais, o profissional deve ser capaz de protagonizar o seu trabalho atuando com competência, constituindo, assim, um grande desafio(11).

As competências, então, constitui-se combinações complexas de atributos necessários para o desempenho inteligente, com prática reflexiva, em situações específicas(12).

Nesse aspecto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) têm colocado a necessidade de centrar o ensino e a aprendizagem no desenvolvimento de

competências e habilidades, e, que essas deverão atender ao sistema de saúde vigente no país(13).

Nesse contexto, o NASF constitui projeto ambicioso, principalmente quando se avalia o perfil formativo dos profissionais de saúde inseridos na equipe, e observa uma distância significativa entre esse e a prática proposta(14).

Nessa perspectiva, destaca-se que o desenvolvimento das competências necessárias para esse processo de trabalho, ainda não são bem conduzidas na graduação dos diferentes profissionais de saúde do NASF(14)(15). A maneira de gerenciar o trabalho é aprendida após a inserção do profissional na equipe, no cotidiano das ações de saúde(4)(6).

Assim, aponta-se a necessidade de mudanças no contexto, tanto da graduação e quando da pós-graduação, das diferentes áreas profissionais inseridas na proposta no NASF(14)(15)(16).

Outros desafios relacionam-se aos problemas de formação no campo interdisciplinar e de educação em saúde, e, à dificuldade na quebra do paradigma do atendimento individual para adesão de propostas coletivas, tanto pelos profissionais do NASF, como também nas Unidades Básicas, que esperam mais um profissional para atendimento individual(15)(17).

Nesse aspecto, algumas coordenações das equipes, na maioria das vezes, não compreendem seu papel na condução do trabalho interdisciplinar que, ao detectar a ausência de conhecimento do processo de trabalho no profissional que chega na unidade, deveria estimular o aprendizado e a mudança na forma de atuar(15).

Considerando que o processo de trabalho no NASF insere questões tanto da prática no Sistema Único de Saúde (SUS), quanto relacionadas à formação do profissionais, as competências devem ser bem delimitadas, de maneira que essas possam orientar definição dos conteúdos e objetivos educacionais para transformar as ações em saúde(18)(19).

As competências auxiliam na programação da aprendizagem dentro da realidade do trabalho e universitária, de maneira a contribuir para o melhor

desempenho, articulando a gestão, o trabalho e a educação(19). Nesse aspecto, a literatura aponta para a necessidade de pesquisas sobre estas áreas profissionais emergentes na atenção básica e suas competências(15)(16).

Com base no exposto, questionou-se quais seriam as competências para o processo de trabalho no NASF? Existiram obstáculos para sua operacionalização? E quais seriam esses obstáculos?

Assim, o objetivo geral do presente estudo foi analisar as competências construídas no processo de trabalho do NASF. Os objetivos específicos foram: 1) identificar as competências construídas, no âmbito do processo de trabalho do NASF; 2) analisar a importância e viabilidade das competências identificadas; 3) verificar se as competências identificadas eram consensuais ou não consensuais; 4) compreender as dificuldades para operacionalização das competências identificadas.

2. CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca de compreender o objeto de estudo, alguns percursos foram considerados necessários para a construção do referencial teórico. Vários caminhos poderiam ter sido percorridos. Nesse aspecto, o presente capítulo não pretendeu esgotar todos o referencial teórico e, sim, contextualizar o leitor e fornecer elementos para discussão das competências que estão sendo construídas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a identificação dos conceitos importantes para a compreensão do trabalho em saúde, em especial do NASF, bem como suas competências.

2.1. TRABALHO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E TECNOLOGIAS

Toda atividade humana constitui um ato produtivo que atua na modificação de algo ou na produção de algo novo, e que adquire sentido pela ação intencional do trabalhador, por meio de ferramentas, modos de trabalhar, ou na organização do processo(20).

Nesse aspecto, o trabalho em saúde constitui uma parte do setor de serviços com produção não material e coletiva, que é realizado por indivíduos pertencentes à estrutura institucional e diversos profissionais de saúde que são aqueles que detêm a formação profissional específica para desempenhar as ações de saúde(21)(22).

Com relação as dimensões relacionais, o profissional de saúde e o usuário/paciente constroem um processo de relações em que um atua sobre o outro, produzindo o trabalho vivo em ato(23). Constroem-se então expectativas, intersubjetividades, falas, escutas, interpretações, momentos de acolhida ou não, possíveis cumplicidades que produzem, por sua vez, a responsabilização, a confiança e o vínculo que constituem-se as “relações intercessoras”(20)(23).

Nesse contexto, no encontro do profissional de saúde com os usuários/pacientes, há fluxos operativos, políticos, comunicativos, simbólicos, subjetivos que definem a rede de relações em que se materializa o cuidado. Esse microprocesso se expande em relações intra equipe, e dessas com outras equipes, unidades de saúde e a comunidade, definindo o processo de trabalho em saúde(24)(25).

Outro ponto de análise se concentra no modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde(23). Em consequência, os atos de saúde podem centrar-se em procedimentos ou não, nas necessidades de saúde dos usuários ou não, podendo esgotar-se na produção do ato em si, como um paciente operado ou vacinado, ou ainda ter uma continuidade(23).

Com relação às tecnologias utilizadas para o trabalho em saúde, primeiras referências foram os trabalhos de Mendes-Gonçalves com a publicação do livro “Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde”, em 1994, que definiu como tecnologias materiais, as máquinas e os equipamentos e, como tecnologias não materiais, o conhecimento técnico(26).

Mehry faz uma analogia, dentro da saúde, denominando de valises tecnológicas, em que os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas-máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho(20)(23).

Nesse aspecto, existiriam três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira, se encontram os instrumentos, as máquinas, os equipamentos (tecnologias duras); na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) que constitui o conhecimento profissional bem estruturado e o seu modo de agir e; na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato que são as intervenções voltadas para o acolhimento, a responsabilização e a criação de vínculos (tecnologias leves)(20)(23)(27).

Com relação à organização do trabalho em saúde, pode-se afirmar que os modelos de atenção constituem formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde(28)(29).

Assim, os modelos assistenciais, modelos de atenção ou modo de intervenção em saúde constituem recursos utilizados pela organização dos serviços de saúde que combinam técnicas e tecnologias que orientam a ação para atender às necessidades de saúde individuais e/ou coletivas. Não constituem uma forma de organizar os serviços nem administrar o sistema e serviços de saúde mas, uma lógica que orienta a ação(30).

Nesse aspecto, os modelos de atenção definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem, como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas(31).

Os diversos modelos assistenciais fundamentam compreensões do processo saúde e doença e, tecnologias disponíveis em determinada época, não existindo modelos certos ou errados(32).

Existem vários modelos, definições e concepções para os modelos assistenciais, porém, não é objetivo do presente trabalho aprofundá-los.

Importante ressaltar que, para que ocorra mudanças no modo de organizar as ações há a necessidade de uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde(33). Nesse aspecto, um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado(33). Neste contexto, é que se insere a proposta do Sistema Único de Saúde que será exposto a seguir.

2.2. SUS: A MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL E OS DESAFIOS

A proposta do SUS veio com o objetivo de romper com o paradigma clínico/flexneriano, em que os profissionais dominam, exclusivamente, os conhecimentos específicos de sua área profissional(3)(34). Além disso, o trabalho se organiza de maneira compartimentada, em que cada grupo de profissionais garante

a sua parte na assistência, podendo resultar em duplicação ou contradição de ações(3).

Assim, como um marco importante na história da saúde pública brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, deliberou princípios e diretrizes que foram incorporados à Política Nacional de Saúde e aprovados na Constituição de 1988, com o objetivo de demarcar legalmente um novo modelo de atenção à saúde, em substituição ao existente na época(3).

A Constituição de 1988 sustentou a reforma do sistema de saúde, com a consequente criação do SUS na década de 1980(35). Existiu, porém, uma dificuldade em sua implementação nos anos de 1990, devido ao contexto político-econômico da época, que foi marcado pela abertura da economia, ajuste fiscal, contenção dos gastos públicos, reformas administrativas, cortes de servidores públicos e rompimento precoce com a lógica do bem-estar social, da cidadania e da seguridade social(35).

Esse contexto perdurou por dezesseis anos, afetando profundamente o processo de construção do SUS, devido ao subfinanciamento, às remunerações e às relações de trabalho precárias e a uma onda de terceirizações(35). Mesmo diante de uma situação político-econômica desfavorável, houve uma inclusão social considerada impressionante, caracterizada pela porta de entrada à média complexidade e pela medicalização(35).

Nos 23 anos de vigência das Leis 8080/90 e 8142/90, o modelo de gestão apresenta, ainda, poucas alterações com relação à atenção básica se constituir a porta de entrada preferencial(35). Ainda se percebe os serviços de média e alta complexidade congestionados e as práticas de saúde centradas na diagnose e na terapia, em que o tempo de espera gera sofrimentos, agravamento de patologias ou ainda, mortes que poderiam ser evitadas(35).

O maior desafio na consolidação do SUS ainda é a implementação de novas práticas de atenção à saúde, com acesso universal, com integralidade, com equidade e com rede hierarquizada de serviços resolutivos(3).

Um ponto a ser enfatizado é que, mesmo sabendo das vantagens de ações preventivas e de diagnósticos precoces, os trabalhadores de saúde ainda se

encontram em situações de angústia, na tentativa de atender priorizando as urgências(35).

2.2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na tentativa de reorientar a porta de entrada e as práticas de saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com objetivo de estruturar o sistema de saúde(1).

O desafio da ESF é oferecer à população um novo modelo pautado na universalidade, na equidade e na integralidade da atenção, reafirmando assim, os princípios do SUS, a fim de substituir o modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado, conforme exposto anteriormente(1). Nessa proposta, os contextos familiar e social devem ser considerados nas práticas de saúde em que o indivíduo deixa de ser visto de forma fragmentada(3).

Assim, a ESF propõe o trabalho em equipe multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), com território definido, clientela adscrita, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de maneira integral e contínua em todas as fases da vida(1).

Nesse aspecto, compete à equipe ESF o conhecimento da realidade, a identificação de problemas de sua área de abrangência, a elaboração do planejamento local com atividades educativas de grupo, o desenvolvimento de ações intersetoriais e a construção de parcerias para enfrentamento dos problemas(3)(36). Atualmente, cerca de 59% da população é assistida pelas equipes da saúde da família(37).

No que tange a esse aspecto, na maioria das vezes a composição da equipe de saúde da família nem sempre consegue atender à complexidade das necessidades e dos problemas de saúde da comunidade de maneira resolutiva(4)(5).

Assim, foi criado, em 2008, pela Portaria 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Básica e favorecer a resolubilidade, que será descrito à seguir(4)(5).

2.2.2. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

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) assistência farmacêutica(4)(5).

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(4). 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 esta modalidade permitida apenas para municípios com menos de 100 mil habitantes ou, que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado(4).

Em 21 de setembro de 2010, foi criado no NASF 3, pela Portaria 2.843, com o objetivo de atender usuários crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica, promovendo a atenção integral em saúde e saúde mental, para municípios com menos de vinte mil habitantes(38). 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(38).

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(39).

Em 2012, foi novamente criado o NASF 3 redefinido os parâmetros de vinculação dos NASF às Equipes Saúde da Família, pela Portaria 3.124 de dezembro de 2012(40). 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(40).

Além da possibilidade de inserção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, o NASF propõe-se ainda a atuar dentro das diretrizes da Atenção Primária à Saúde, com ações interdisciplinares e intersetoriais; com educação permanente em saúde dos profissionais e da população; com desenvolvimento da noção de território; com integralidade; com participação social; com educação popular; com promoção da saúde e com humanização(4)(5).

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%)(41).

A criação do NASF trouxe a necessidade de integrar diferentes disciplinas constituindo, assim, um novo modelo de processo de trabalho(4)(5). Neste aspecto o apoio matricial ou matriciamento tornou-se a estratégia de organização recomendada pela política e será detalhado a seguir.

2.2.2.1. APOIO MATRICIAL OU MATRICIAMENTO

Ainda se percebe, em muitos serviços de saúde, uma forma de organização tradicional em que predomina uma maneira vertical ou hierárquica de encaminhamentos por meio de informes escritos, de pareceres e de formulários com transferência de responsabilidade(42).

É nesse contexto que o apoio matricial ou matriciamento apresenta-se como uma proposta distinta do atendimento que é realizado por um especialista, dentro de uma unidade de saúde tradicional, ou seja, não prioriza o encaminhamento, nem o atendimento individual e não há intervenção coletiva realizada apenas por um profissional(42).

A função de apoio é definida como uma ação em que os sujeitos contribuem com coletivos de trabalho, de maneira a favorecer a grupalidade, a qualificar as ofertas clínicas e a propiciar inovações da gestão dos processos de trabalho(43).

Assim sendo, o conceito de apoio matricial foi desenvolvido por Campos, em 1999, como um modelo organizacional que proporcionasse o compromisso das equipes com a produção de saúde, juntamente com realização pessoal e profissional(8). Foi, inicialmente, adotada em serviços de saúde mental, tanto da atenção básica como da área hospitalar, do SUS de Campinas-SP e Belo Horizonte-MG(44). A partir de 2003, o Ministério da Saúde também incorporou essa metodologia de gestão do cuidado em alguns de seus programas como Humaniza-SUS, Saúde Mental e, posteriormente, na Atenção Básica(45).

O termo matriciamento ou apoio matricial é definido como um modo de produzir saúde em que a concepção de propostas de intervenções deve ter enfoque pedagógico-terapêutico ou assistencial e deve ser realizada por meio de uma construção compartilhada entre duas ou mais equipes(42). Assim, constitui um arranjo organizacional baseado em momentos relacionais, com a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas, na tentativa de diminuir a fragmentação dos processos de trabalho oriunda da especialização crescente das áreas do cuidado(46).

Nesse aspecto, o termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores: **apoio** e **matricial**. O termo **apoio** sugere uma relação horizontal, que não se baseia mais na autoridade da especialidade, e sim, na ação de maneira compartilhada entre os profissionais, dentro do seu conhecimento e da sua experiência, diante das demandas existentes nos serviços(8)(44). E o termo **matricial**, indica que os profissionais de ambas as equipes, ESF e NASF devem manter não apenas vertical, como recomenda a tradição dos serviços de saúde, de maneira a extinguir: 1) com a diferença de autoridade entre quem “encaminha” e

quem recebe; 2) com a transferência de responsabilidade; e, 3) com as comunicações burocráticas por meio de informes escritos(8)(44).

Nesse aspecto, a produção de saúde proposta por esse arranjo organizacional constitui um processo de construção coletiva entre as duas equipes, entendendo que o processo de saúde-enfermidade-intervenção não constitui um monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde(42).

Dessa forma, há de se destacar que é uma proposta que se situa dentro de uma perspectiva do pensamento construtivista, na medida em que ocorre uma construção de processos, de maneira reflexiva, a cada nova interação dos sujeitos com o mundo e entre si(42).

Importante ressaltar que cada profissional permanece com a sua autonomia dentro de sua área de atuação e contribui com um olhar diferente, ampliando a capacidade de intervenção das equipes(42).

Inserem-se nos conceitos de **campo**, comum a todos, e, **núcleo**, específico de cada especialidade ou profissão. Assim, o **núcleo** constitui as atribuições específicas de determinada categoria profissional, ou seja, a identidade de cada profissional, e **campo**, seriam as demandas que extrapolam essas atribuições estabelecidas, ou seja, são os limites imprecisos de responsabilidades e de saberes comuns ou convergentes à várias profissões ou especialidades(44)(47). O **núcleo** é percebido pelas disciplinas específicas de cada categoria e o **campo** é mais aberto, com base no contexto em que atuam as categorias de profissionais(44)(47).

Assim, enquanto que em uma unidade de terapia intensiva predominam as ações ligadas ao núcleo, na atenção básica prevalecem as ações ligadas ao campo(47). Esses conceitos são considerados importantes para a compreensão e a operacionalização de intervenções no âmbito das equipes ESF e NASF, pois favorecem a compreensão dos limites e atuações profissionais(47).

Importante enfatizar que esse novo arranjo organizacional reestrutura o sistema de saúde em dois tipos de equipes: 1) a equipe de referência; e, 2) a equipe de apoio matricial(42). No Sistema Único de Saúde (SUS), as equipes da Estratégia

de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência, e a equipe de apoio matricial seriam as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(42).

Assim, a equipe de referência é formada por aqueles profissionais responsáveis pela coordenação e pela condução do cuidado, ou seja, aqueles que têm a tarefa de promover a atenção longitudinal(44). Isto não quer dizer que essa equipe atuará no lugar de outra especialidade, e sim, que essa atuará como um agente que conduzirá os diálogos e as propostas terapêuticas, buscando sempre as intersecções(44).

Já o apoio matricial constitui uma relação personalizada, de maneira a ampliar o cardápio de atividades, seja em atendimentos conjuntos entre profissionais de serviços diferentes, sejam em discussões de projetos terapêuticos, sejam nas discussões de temas prevalentes, sejam nas análises de estratégias para lidar com demanda reprimida, ou simplesmente, na disponibilidade para discutir prioridades(44).

O apoiador matricial é, então, um especialista com núcleo de conhecimento e perfil distinto dos profissionais de referência(45). Tem a função de agregar saber e contribuir com intervenções, de maneira a aumentar a capacidade de resolver os problemas de saúde presentes no território da equipe que é responsável pelo caso primariamente(45).

Assim, quando as duas equipes se encontram, é esperado que a equipe ou o profissional do apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação e/ou reformulação e, execução de um projeto terapêutico para a manutenção de uma linha de cuidado contínua(46).

Nesse aspecto, o projeto terapêutico constitui uma coprodução e cogestão do cuidado(46). Pressupõem, então, que ocorra a discussão coletiva de caso clínico com reuniões das duas equipes para definição de propostas de ações(46).

Interessa, então, a construção do diálogo para que se produza uma convergência e uma democracia organizacional, por meio da cogestão, que constitui, por sua vez, um exercício compartilhado de um programa ou do serviço e é considerada fundamental para a proposta da Equipe de Referência e de Apoio Matricial(44).

A cogestão, então, é necessária porque existe dentro de ambas as equipes, de referência de apoio matricial, sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais, que devem coparticipar em todas as etapas do processo de gestão do projetos de intervenção como: a definição de objetivos e de diretrizes, o diagnóstico, a interpretação de informações, a tomada de decisão e a avaliação de resultados(44).

Dessa maneira, considerando que a ESF e o NASF constituem uma experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial, destaca-se que as principais atividades que deveriam ser realizadas pela equipe do NASF na realização do apoio matricial seriam(5)(44):

1) Atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e de responsabilidades mútuas.

2) Ações articuladas com as equipes de saúde da família nos territórios de sua responsabilidade.

3) Desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Deve-se, portanto, enfatizar que o NASF ainda está em processo de implantação e vem com o objetivo de ampliar a capacidade da atenção básica, objetivo esse que encontra um grande desafio, modificar o processo de trabalho, com novos conceitos nem sempre conhecido por muitos dos profissionais inseridos nesta proposta.

Assim, além de um novo modo de trabalho, há uma exigência de novos modos de formação, com uma revisão acerca dos processos educativos desenvolvidos(9). Dessa forma apresenta-se na próxima sessão uma síntese das políticas e ações desenvolvidas pelo governo que objetivam a mudança no modelo de formação em saúde.

2.3. POLÍTICAS E AÇÕES PARA MUDANÇA NO MODELO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde(48).

Porém, observa-se que o tema exige ações complexas para a construção da qualidade da formação dos profissionais de saúde, proveniente de diferentes atores, observando a necessidade do trabalho conjunto tanto do Ministério da Saúde, como da Educação, das universidades e do sistema de saúde(48).

Assim, considerando os aspectos político educacionais, em 1996, o Ministério da Educação, preocupado com que a formação na graduação estivesse em consonância com realidade da sociedade brasileira, lançou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação(LDB)(49). A LDB afirma que a educação superior deve estar contextualizada com os problemas nacionais e regionais(49).

Em 2000, ocorre a 11ª Conferência Nacional de Saúde onde foi definida a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) que afirma que o setor de saúde necessita de formação de pessoal que domine tanto as tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva(49). Além disso, a NOB/RH-SUS relaciona a qualidade da atenção à saúde com a formação dos profissionais, traduzindo o comprometimento das instituições de ensino(49).

Considerando que, atualmente, o campo da saúde está voltado para a especialização, a fragmentação e os interesses econômicos, as universidades estão sendo desafiadas à ampliar sua relevância social, à superar as desigualdades e à aumentar sua capacidade de responder a temas complexos e contemporâneos(50).

A superação de tais desafios apresentados poderá ser realizada a partir do reconhecimento de que os limites entre as ciências sociais, biológicas e exatas estão cada vez mais tênues(50). Outro ponto é que o diálogo com todas as formas de conhecimento pode não apenas ampliar sua capacidade explicativa, como

também, modificar sua produção de conhecimento, de formação profissional e ser auxiliar para a construção do sistema de saúde(50).

Nessa perspectiva, a NOB/RH-SUS propõe algumas ações como a implementação de uma política de formação de docentes orientada para o SUS, a inserção de diretrizes curriculares para graduação em saúde que contemplem as necessidades locais detectadas pelo perfil epidemiológico e demográfico; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e garantir recursos para dar andamento ao ensino, à pesquisa e à extensão(49).

Além da responsabilidade das universidades, há de se destacar também o papel do gestor na formação dos recursos humanos em saúde, o que suscita a importância dos debates acerca dos cursos de graduação em saúde coletiva, com a finalidade de preparar profissionais com maior capacidade de gestão(51).

Esse debate é importante pois, os cursos de graduação nas diversas profissões de saúde, não formam plenamente para a atuação dentro da saúde coletiva(51).

Assim, nas áreas de saúde, vários aspectos relacionados à promoção da saúde, ao planejamento, à gestão, à avaliação em saúde, à vigilância epidemiológica, à saúde ambiental, aos métodos estatísticos de investigação, à demografia, à vigilância sanitária, dentre outros, são enfatizados apenas na pós-graduação, aumentando o tempo e os recursos gastos para a preparação de quadros para a área de gestão(51).

Nesse aspecto, é importante refletir acerca da necessidade de transformação na interface ensino/trabalho pois essa constitui uma perspectiva para que ocorram mudanças na formação dos profissionais da saúde(52). Dessa maneira, o trabalho coletivo, pactuado e integrado deve ocorrer desde estudantes e docentes dos cursos de formação de saúde, até para além do espaço universitário, entre trabalhadores das equipes e gestores(52).

Nessa perspectiva, além da universidade, a rede de serviços deve-se constituir também espaços em que a formação deve acontecer, e o gestor tem um papel importante na construção de práticas inovadoras, facilitando a integração das

práticas educativas na atenção básica com os demais serviços, conseqüentemente, da saúde coletiva e da clínica(53).

É a articulação da teoria com a prática, enfatizada por meio das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, aprovada em 2001 e que suscitaram discussões entre alunos, professores, funcionários e gestores(17).

Sequencialmente à aprovação dessas diretrizes, entre 2001 e 2002, também foram aprovadas a maioria das Diretrizes para os Cursos da Saúde (biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais). Essas descrevem o perfil, as competências e as habilidades desejadas do egresso para atuar na realidade do mercado de trabalho e no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira(48)(49)(55).

Nesse aspecto, essas diretrizes destacam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde(49). E, em algumas categorias, no entanto, foi destacado o SUS, como no caso dos farmacêuticos, nutricionistas e enfermeiros(49). A essa última categoria acrescentou-se ainda o atendimento às necessidades sociais, a integralidade da atenção, humanização do atendimento(49).

Essas propostas de mudança na formação dos profissionais de saúde que têm o objetivo de obter egressos críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social e humana foram apoiadas pelo Ministério da Saúde(50).

Ressalta-se, no entanto, que a aprovação das Diretrizes Curriculares, infelizmente, não é suficiente para que sejam incorporados ao ensino seus eixos norteadores, pois esses constituem apenas uma recomendação(54).

As universidades gozam de autonomia para a criação, a expansão, a modificação, a extinção de cursos e de programas de educação superior, bem como a fixação de currículos e de programas de seus cursos, garantida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional(LDB)(49)(54).

Essa flexibilização preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional(LDB) também confere às Instituições de Ensino Superior a liberdade em

realizar o desenho de currículos inovadores, que sejam adequados às realidades regionais e institucionais(56).

Com base em tais fatos, a consolidação do Sistema Único de Saúde(SUS) depende do sucesso de ações tanto dos Ministérios da Saúde, como da Educação para a revitalização dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em saúde(57).

A articulação interministerial é importante para que as transformações possam atingir o núcleo mais consolidado de formação(50). Encontra-se, no entanto, em processo e tem sido fundamentada nas seguintes diretrizes: 1) incorporação do conceito de saúde como qualidade de vida; 2) o deslocamento da centralidade da formação para a promoção da saúde; 3) o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para a ação social transformadora; 4) o processo de trabalho pautado na interdisciplinaridade; 5) a capacidade de fomentar a organização e a participação das pessoas, das famílias e das comunidades; e, 6) a capacitação para a educação em saúde e o gerenciamento(58).

Assim, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, da formação, da qualificação e da regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil(59).

A SGTES é composta por dois departamentos principais: 1) o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que discute aspectos relacionados às relações e às condições de trabalho; e, 2) o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), responsável pela elaboração e pelo desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional(59).

O DEGES também promove ações no sentido de articular e integrar órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais com objetivo de fortalecer o sistema formador e o SUS(59).

Em 2004, ocorreu o lançamento do Aprender SUS, que constitui uma política do Ministério da Saúde para fortalecer e ampliar os processos de mudança na graduação em saúde(60).

Com o Aprender SUS, o Ministério da Saúde tem o objetivo de aprofundar as relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior, por meio da mobilização dos atores de gestão do Sistema Único de Saúde, da educação superior e do controle social em saúde, de maneira a pensar e a propor compromissos entre os dois setores(54)(60).

Outro projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e das secretarias municipais de saúde, é o Ver SUS. Esse projeto tem o objetivo de proporcionar vivência de estágio na realidade do SUS aos estudantes das diversas áreas da saúde, para que esses possam conhecer, de maneira aprofundada, os desafios e as conquistas do SUS, o trabalho em equipe, a gestão, a atenção, a educação e o controle social(54).

Em 2005, foi lançado pela portaria interministerial MS/MEC nº 2.101, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o objetivo de integrar ensino e serviço, e, reorientar a formação profissional, com ênfase na Atenção Básica(56)(61). Foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS)(56)(61).

Esta integração, entre a formação da graduação e as necessidades da atenção à saúde, vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais. Inicialmente, o foco foram os cursos de enfermagem, de medicina e de odontologia, profissões que integravam a Estratégia Saúde da Família, porém em 2007, com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, ampliaram-se para os demais cursos de graduação da área de saúde(56)(61).

Em 2008, foi criado pela Portaria Interministerial nº1.802, o PET-SAÚDE, regulamentado a seguir pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. É um programa inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação que tem o objetivo de fortalecer a atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e as necessidades do SUS, por meio da educação pelo trabalho, o conceito chave do projeto. Constitui uma das estratégias do Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde(62)(63).

2.4. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE PÚBLICA: CONCEITOS, ORIGENS, ABORDAGENS E APLICAÇÕES¹

Em saúde pública, não basta apenas ter profissionais de saúde em um lugar, o que se espera é que esses sejam competentes para alcançar as exigências do trabalho(64). Nessa perspectiva, uma força de trabalho competente, ou seja, com o necessário conhecimento e habilidade para traduzir a teoria política e a pesquisa em ação efetiva, constitui ponto fundamental para o futuro crescimento e desenvolvimento da promoção da saúde(65).

A literatura descreve o papel de recursos humanos qualificados para o sucesso do desempenho do sistema de saúde, e aponta que as políticas e as metas organizacionais podem auxiliar ou constituir barreiras para o desenvolvimento dos profissionais(65)(66).

O conceito de *competência* é hoje amplamente difundido no mundo do trabalho e aplicado em variadas disciplinas científicas(67). Em saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, 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 cidadania(9).

No que tange a estes aspectos, questiona-se: o que é competência? Como se dá a construção de seu conceito? Como ela é aplicada ao contexto da saúde pública?

¹ Publicado integralmente em: FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira e SHIMIZU, Helena Eri. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. Rev. Bras. Enferm. 2012, 65(4): pp. 667-674.

Com base nestas questões, o objetivo foi apresentar uma revisão sobre o constructo 'competência' a fim de melhor compreender o seu contexto socio-histórico, bem como verificar sua aplicabilidade no contexto da saúde pública.

2.4.1. COMPETENCY, COMPETENCIES, COMPETENCE, COMPETENCES?

O primeiro esclarecimento conceitual se refere aos termos utilizados na língua inglesa: *competency/competencies* e *competence/competences*. Seu uso pode ser encontrado apenas em uma das condições ou ambas no mesmo texto, sendo usadas como sinônimos ou não. *Competence* geralmente refere-se a áreas funcionais e *competency* a áreas comportamentais(68).

O termo *competency* ou *competencies* refere-se a características individuais, subjacentes à pessoa, qualidades que levariam a um desempenho efetivo superior. É considerado um *input*, uma entrada, um comportamento individual que sustenta o desempenho competente(12)(68)(69).

Já o termo *competence* ou *competences* descreve os requisitos do trabalho que o indivíduo precisa saber ou ter para ser capaz de executar uma tarefa ou um cargo. É a descrição de uma ação, o comportamento ou o resultado que uma pessoa deve demonstrar em seu desempenho. Portanto, relaciona-se ao trabalho, é um *output*, saída, e reflete a exigência do trabalho(12)(68)(69).

Trabalhos na literatura apontam ambas as formas tratadas como sinônimos e entendem o duplo sentido e recomendam que o termo *competence* seja usado para se referir às áreas de trabalho, as chamadas "áreas de competência". Por outro lado, *competency* refere-se às dimensões de comportamento por trás do desempenho competente(70).

2.4.2. DISTINTAS TEORIAS, DISTINTAS CULTURAS E DISTINTAS ABORDAGENS

Outro ponto a ser analisado são as diferentes abordagens em que o termo competência pode ser usado que são encontrados na literatura. Há trabalhos que distinguem as abordagens em: comportamental, genérica e holística(12). Encontrase também os termos: comportamental, de padrões e situacional(71). Outros utilizam: comportamental, funcional e multidimensional ou holística(68). Há ainda a abordagem orientada ao trabalhador, a orientada ao trabalho e a multimétodo orientada(72). As principais abordagens estão organizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Concepção de competência de acordo com diferentes abordagens, Brasília, 2012.

ABORDAGEM	CONCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA
Comportamental/ Orientada ao trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Competências são características individuais que podem distinguir os diferentes níveis de desempenho e de trabalhadores(68). • Competência são atributos dos trabalhadores (conhecimentos, habilidades e características pessoais) que refletem um desempenho efetivo(72). • Competência é um comportamento real, definida em termos de característica (conhecimentos, habilidades, motivações) e relacionada ao desempenho superior(71). • Competência é uma ação, comportamento ou resultado possível de ser demonstrado, observado e avaliado(12).
Genérica/Padrões/ Funcional/ Orientada ao trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Competência é a capacidade de identificar atividades que são fundamentais para a realização específica do trabalho(72). • Competência é a capacidade de demonstrar o desempenho com os padrões exigidos no contexto do trabalho(68). • Competência são níveis mínimos de desempenho aceito em um trabalho específico ou posições, e centra-se na saída do trabalho real(71). • Competência constitui um leque de atributos pré-determinados, gerais que podem ser aplicados a diferentes situações(12).
Holística/ Multidimensional/ Situacional/Multimétodo orientada	<ul style="list-style-type: none"> • Competência é algo dinâmico, com diferentes significados e em constante mudança e interpretações que reúne combinações complexas de atributos necessários para o desempenho inteligente em situações específicas(72). • Competências se relacionam a fatores contextuais(71). • Competência é uma combinação de atributos do profissional com o contexto em que estes atributos podem ser aplicados(12). • Competências incluem dimensões conceituais, operacionais, sociais(68).

2.4.2. ORIGENS DO TERMO COMPETÊNCIAS

O termo competências é apontado na literatura como tendo diferentes origens. As principais citadas estão nos Estados Unidos, no Reino Unido, na França e na Austrália, conforme descrito nos itens subsequentes.

2.4.2.1. Estados Unidos

A paternidade da gestão por competências por alguns autores é atribuída à América do Norte(73). Nesse contexto, há revisões sobre a origem do termo *competência* nos EUA, que indicam as principais fases, e os autores que se destacaram na construção do conceito(74).

Assim, o modelo de competências nos EUA está fundamentado na psicologia comportamental e que os nomes que mais se destacaram foram John Flanagan, Robert White, David McClelland, Patrícia McLagan, Richard Boyatzis, Lyle Spencer e Signe Spencer, C.K. Prahalad e Gary Hamel, e David Ulrich(74).

Também são destacadas as inovações de David McClelland, ao desenvolver vários estudos com rigor metodológico para as medidas do fenômeno: uso de amostras, métodos de coleta de dados multivariados, escalas, análise de conteúdo, validação de processos(73).

Uma síntese das principais contribuições de cada autor americano pode ser visualizada no Quadro 2.

Quadro 2. Principais autores e suas contribuições nos EUA.

AUTOR	CONTRIBUIÇÃO
John Flanagan	<ul style="list-style-type: none"> • Precursor do Modelo de Competências • Publicou em 1954 um artigo que apresenta uma série de estudos conduzidos nos EUA entre os anos de 1941 a 1946 com análises críticas sobre as diferenças entre o sucesso e o fracasso em determinadas tarefas.
Robert White	<ul style="list-style-type: none"> • Em trabalho publicado em 1959, identifica um traço humano que ele denominou de competência (<i>competence</i>).
David McClelland	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo de Harvard foi denominado o pai do modelo de competências nos EUA. • Em 1973 publica um artigo "<i>Testing for competence rather than for intelligence</i>" levantando questões sobre a confiabilidade dos testes de inteligência como preditor do sucesso profissional. • Lançou o movimento do modelo de competências nos EUA.
Patricia McLagan	<ul style="list-style-type: none"> • Introduziu o modelo de competência como um ponto fundamental para o planejamento, a organização e a melhora em todos os aspectos dos recursos humanos incluindo recrutamento e seleção. • Define um modelo de competência como uma ferramenta de decisão que descreve as capacidades requeridas para o desempenho em um trabalho.
Richard Boyatzis	<ul style="list-style-type: none"> • Publicou o livro <i>The Competent Manager: A model for Effective Performance</i> que expandiu a visão de modelo de competência considerando três influências sobre o desempenho: as exigências do trabalho, clima organizacional e competência individual. • Competência é relacionada diretamente com o desempenho efetivo e superior.
Lyle Spencer e Signe Spencer	<ul style="list-style-type: none"> • Publicam um livro <i>Competency at Work: Models for Superior Performance</i> que constitui um guia que explica como desenvolver um modelo de competências para determinados grupos e organizações.
CK Prahalad e Gary Hamel	<ul style="list-style-type: none"> • Inventaram o termo <i>core competency</i> para indicar uma força estratégica que faz uma organização ser competitiva. Representa o fruto do aprendizado coletivo em uma organização.
David Ulrich	<ul style="list-style-type: none"> • Usa a capacidade organizacional (habilidades coletivas) para descrever o que e como uma organização é capaz de fazer. • O modelo de competências é uma ferramenta para desenvolver organizações como vantagem competitiva. • Demonstra a relação entre as competências organizacionais e individuais

2.4.2.2. Inglaterra

A iniciativa para o desenvolvimento de competências na Inglaterra vem de um contexto de pobre desempenho da economia, aumento do desemprego e um déficit de habilidades(75)(76).

Diante de tais evidências, o governo iniciou uma série de investigações na década de 1980 e concluiu que havia necessidade de adaptar a força de trabalho, por meio de programas de treinamento baseado em padrões de competências, para responder à economia(75)(76). As iniciativas governamentais criadas e/ou desenvolvidas que contribuíram para o tema estão no Quadro 3.

Quadro 3. Iniciativas Governamentais no Reino Unido

INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS	OBJETIVO/CONCEPÇÃO
Manpower Services Commission	<ul style="list-style-type: none"> Foi nomeado para colocar em prática um sistema de fixação de normas em todos os sectores da indústria
Industry Lead Bodies	<ul style="list-style-type: none"> Foram criados para desenvolver novos padrões.
NVQ/VQ (National Vocational Qualifications)	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de padrões compostos por um quadro com cinco níveis variando de habilidades básicas a competências de gestão estratégica. Foram baseadas na análise funcional das profissões em uma variedade de contextos.
National Council for Vocational Qualifications (NCVQ)	<ul style="list-style-type: none"> Nomeado para coordenar os trabalhos em nível nacional. Realizava testes para avaliação dos padrões.
Management Charter Initiative (MCI)	<ul style="list-style-type: none"> Criada em 1987, pretendia incentivar a formação e acreditação de competências de gestão.
Quality Assurance Agency	<ul style="list-style-type: none"> Criada em 1992 para conduzir inspeções regulares nos programas das instituições de ensino para garantir os padrões.
Quality and Curriculum Authority(QCA)	<ul style="list-style-type: none"> Assume em 1997 a responsabilidade pelo NVQ e pelas auditorias e substituiu o NCVQ.

As competências para certificação indicam o que o profissional deve saber e fazer para desempenhar sua prática com sucesso. Desta maneira, possibilita o desenvolvimento de um padrão de qualidade que pode orientar os processos de formação e de avaliação profissionais(77).

2.4.2.3. França

A origem do termo em solo francês é múltipla, com um quadro conceitual incerto(73). Os instrumentos de avaliação não são tão sofisticados quanto o americano e na ausência de referenciais nacionais de competências, os critérios são alcançados por cada empresa, geralmente assistida por uma empresa de consultoria(73).

A *avaliação de competências* é considerada como um direito do trabalhador consagrado no Código do Trabalho Francês(73). O objetivo seria a reintegração dos candidatos ao emprego, algo como uma assistência para voltar ao trabalho. Há relatos de que uma nova legislação que prevê a *validação da experiência* seria uma forma de incluir a competência em um quadro social, garantindo a formação profissional ao longo da vida(73).

Nessa perspectiva, o ponto central, de acordo com a compreensão francesa, é o princípio do desenvolvimento de competências que se baseia na interação da teoria (derivado de ensino) com experiência (pessoal e profissional)(78). Assim, as competências na França são *validadas* e não *avaliadas*. Toda a gama de recursos que o funcionário traz é validado bem acima do que é necessário e posteriormente especificada na descrição de um trabalho(78).

Na década de 1980, iniciava-se o reconhecimento da necessidade de desenvolvimento e da formação de competências pelas empresas, de maneira a reconhecer o trabalho como um local de aprendizagem(78)(79).

No que tange a esse aspecto, o Estado aqui se preocupa com a reinserção do indivíduo no mercado de trabalho e, dentre as iniciativas para isto, pode-se enumerar: 1) Em 1985, o Estado estabelece a oportunidade para que os indivíduos

com experiência de trabalho possam se inscrever em programas de formação; 2) O lançamento do *Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois* na década de 1980 que foi modificado em 1993, onde as ocupações foram definidas em termos de competências necessárias; 3) Foi introduzido, pela Lei de 31 de Dezembro 1991 (art L. 900-2), o direito para que os indivíduos tivessem um *bilan de compétences* (balanço de competências) para fornecer uma base para o desenvolvimento pessoal em sua ocupação, assim a avaliação das competências inclui um plano de trabalho e de formação para o seu desenvolvimento(79).

Além do Estado, os setores empresariais também tiveram uma participação efetiva. Assim, tem-se que 1) os setores de negociação incluíram, na década de 1990, o tema nas discussões; 2) profissionais de recursos humanos criaram o GPEC (*Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*) que tentava transformar a lógica da qualificação em lógica de competência; 3) algumas indústrias introduziram a remuneração baseada em competências; 4) o Medef (*Mouvement des Entreprises de France*) discutiu o uso das competências nas corporações multinacionais e lançou, em 2002, o *Objectif Compétences*, um guia sobre a utilização de competência nas empresas(79).

Alguns autores também têm sido citados como importantes referências para a construção da abordagem francesa demonstrando a diversidade na construção da abordagem(67)(73)(79).

Bertrand Schwartz foi pioneiro no trabalho sobre educação de adultos, sob o pressuposto de que para indivíduos *não qualificados*, de acordo com o sistema formal de ensino, seria possível desenvolver métodos para lhes permitir desenvolver tais competências e acessar novamente a educação formal ou encontrar melhores empregos(73).

Assim, Bertrand Schwartz foi quem introduziu o conceito construtivista no estudo de competências e reconhece as relações e as ações já existentes entre os grupos, o ambiente, as situações de trabalho e a formação profissional(80). Nessa abordagem, a competência não depende apenas do funcionamento do mercado, mas também dos trabalhadores, dos seus objetivos e das suas capacidades. Ao contrário da visão behaviorista de alta *performance*, a visão de Schwartz inclui também o trabalhador com menor nível educacional(80).

Outra área que contribui para o estudo de competências é a ergonomia que concentra seu trabalho na pessoa que executa as tarefas em situações de trabalho específico(67).

Os trabalhos de Maurice Montmollin, em meados da década de 1980, foram precursores com a introdução da ergonomia cognitiva, que define o termo *competências* como conhecimentos, capacidades, tipos de raciocínio e de habilidade, implementadas com objetivo de executar uma tarefa específica(67). Para a ergonomia, a avaliação das competências não pode ser realizada em referência direta às suas tarefas, pois as habilidades são tão numerosas quanto as situações de trabalho(67). Competência é uma característica que permite ao trabalhador dar sentido à situação de trabalho. Para o ergonomista, a competência é um conceito da ordem de descrição e explicação não de avaliação(67) .

No final da década de 1990, destacou o nome de Phillippe Zarifian dentro da abordagem sociológica que inseriu o termo competências em uma dimensão coletiva do trabalho em um nível organizacional(81).

2.4.2.4. Austrália

A abordagem australiana surgiu na década de 1990(82). Embora a Austrália tenha importado muito da versão do Reino Unido, baseada em padrões profissionais, o modelo incita debates sobre a necessidade de construir competências de maneira mais ampla(83). Esta abordagem é considerada como uma abordagem mais holística que combina atributos do profissional com o contexto em que os atributos podem ser aplicados, sendo considerada mais integrada(12).

A noção de competência, no modelo australiano, é dinâmica, com diferentes significados e interpretações, e em constante mutação. Competência constitui-se de maneira relacional, reunindo combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades) necessários para o desempenho inteligente em situações específicas(12).

As competências devem combinar a teoria e a prática(84), também permitem 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 uma maneira de atuar com competência(12).

Constitui uma abordagem não-reducionista, com estruturas humanistas. Baseia-se na capacidade de perceber as particularidades do contexto imediato(85).

Esta abordagem foi desenvolvida por meio de trabalhos de pesquisadores da Technology University of Sydney em 1990. Tem como principais representantes Andrew Gonczi e Jörgen Sandberg. Gonczi é professor da *Technology University of Sydney* e tem vários trabalhos publicados sobre competências e educação. Sandberg é professor da University of Queensland e desenvolveu uma abordagem fenomenológica baseada na teoria hermenêutica sobre competências no trabalho.

A atual abordagem holística/integradora de competência tem absorvido com sucesso as abordagens behaviorista e funcionalista e integrado algumas das práticas mais promissoras educação e formação, como o planejamento, o aprendizado em equipe, a autonomia, a aprendizagem baseada em problemas e as estratégias de avaliação formativa(85). O Quadro 4 apresenta uma síntese das abordagens citadas.

Quadro 4. Síntese das abordagens americana, inglesa, francesa e australiana

	ESTADOS UNIDOS	INGLATERRA	FRANÇA	AUSTRÁLIA
Descritores	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Competency</i> • <i>Competencies</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Competence</i> • <i>Competences</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Compétence</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Competence</i>
Referencial Teórico	<ul style="list-style-type: none"> • Behaviorismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação • Ergonomia • Sociologia do Trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Fenomenologia • Educação
Escopo	<ul style="list-style-type: none"> • Características do indivíduo • <i>Inputs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Características da tarefa • <i>Output</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Saberes em ação, saber utilizar o conhecimento para resolver um problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre atributos pessoais e os requisitos do trabalho dentro de uma determinada situação.
Principais Características	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamental • Orientada ao trabalhador 	<ul style="list-style-type: none"> • Genérica • Padrões • Funcional • Orientada ao trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Multidimensional • Situacional • Multimétodo 	<ul style="list-style-type: none"> • Holística Integradora

2.4.3. COMPETÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Há relatos de que com o aumento da expectativa de vida e com a mudança no perfil epidemiológico, houve alterações nas demandas ao sistema de saúde(86). Estas modificações renovaram o interesse em se discutir a preparação e a formação dos profissionais de saúde para a prática(87).

Nesse contexto, a formação profissional não está garantindo a posse das competências para as necessidades atuais de saúde(64) e a educação para preparação dos profissionais de saúde que não tem mantido o ritmo das mudanças contextuais(86). O ensino das profissões de saúde não tem sido necessariamente estático, houve um desenvolvimento para as profissões mais tradicionais, mas não uma reorganização para promover o trabalho em equipe com profissionais voltados para as novas necessidades(86).

Nesse contexto, problemas atuais e futuros de saúde exigem novas competências, que incluem, além de médicos e enfermeiros, outros profissionais (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais dentre outros) para formar a base para a formação e o planejamento da força de trabalho(88). Assim, as novas práticas devem envolver a integração, a coordenação e o trabalho em equipe(86).

Assim, uma força de trabalho competente, ou seja, com conhecimentos, habilidades e capacidades para traduzir políticas e pesquisas em ação efetiva, é muito importante para o crescimento e desenvolvimento da promoção de saúde(88). E, o foco da formação deve ser pautado em uma visão ecológica da saúde, onde a comunidade deve ser analisada considerando a interação entre os múltiplos determinantes(64).

Há relatos de tentativas internacionais para identificação de competências e para o desenvolvimento da força de trabalho para educação e promoção de saúde onde vários países conseguiram progressos significativos no campo, no entanto, este progresso é desigual e que muitos países carecem dos recursos necessários e de infraestrutura(88). As principais iniciativas para o desenvolvimento de

competências em saúde no contexto internacional(66) que são resumidas no Quadro 5.

Quadro 5. Resumo das principais iniciativas para o desenvolvimento de competências em saúde pública no contexto internacional no campo da educação e promoção de saúde(66)

PAÍSES	PRINCIPAIS INICIATIVAS
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • Em 1997, desenvolveu as Normas Profissionais Nacionais (ONS) para a promoção da saúde em nível geral. Em 2001 estas normas foram aprimoradas dentro da especialidade profissional. • Criou um quadro de competências, com base em consultas com especialistas em saúde para apoiar o programa educacional EUMAHP.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Em 2007, o <i>Ontário Health Promotion</i> elaborou um conjunto de competências para promoção da saúde que foram escritas principalmente por especialistas na área, ou seja, aqueles que trabalham em contextos de saúde pública no Canadá. • Neste mesmo ano, um relatório da <i>Shaping the Future of Health Promotion International Union do Health Promotion and Education & Canadian Consortium for Health Promotion Research</i> identificou como prioridade de ação o desenvolvimento de uma força de trabalho competente de promoção da saúde.
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Nos últimos 30 anos centrou-se principalmente na delimitação de competências para os educadores de saúde. • <i>American Association for Health Education (AAHE)</i> e a <i>Society for Public Health Education (SOPHE)</i> criaram em 1992, o <i>Joint Committee for Graduate Standards</i> para desenvolver competências para as graduações em saúde. • Em 1998, foi criado o <i>National Commission for Health Education Credentialing (NCHEC)</i> que tem a função de administrar um exame nacional com base em competências. • Em 2002, foi elaborado o <i>IOM report on the Future of the Public's Health</i>. Nesse relatório foi publicada uma série de recomendações a respeito das competências essenciais indicando o papel do governo para o desenvolvimento e avaliação de competências.
Nova Zelândia	<ul style="list-style-type: none"> • O Ministério da Saúde da Nova Zelândia, no plano <i>Public Health Workforce Development 2007–2016</i> apresentou um número de ações para tratar do desenvolvimento da força de trabalho, reconhecendo a importância estratégica da educação e formação para os trabalhadores de saúde
Austrália	<ul style="list-style-type: none"> • Tem um quadro de competências que é bem estabelecido e constantemente atualizado e é considerado pelos autores como um modelo validado para o desenvolvimento de competências internacionais. • Foi desenvolvido o conceito de competências culturais para promoção da saúde. • Em 2008, o <i>National Health and Hospitals Reform Commission (NHHRC)</i> propôs uma mudança na política pública e governo australiano assumindo o compromisso de realizar uma reforma no sistema de saúde. Uma das áreas priorizadas foi o fornecimento de força de trabalho bem qualificada e sustentável.

No que tange aos aspectos citados, foram identificados, após o exame dos estudos sobre competências em saúde pública, que existem domínios comuns em vários países, que incluem: 1) avaliação; 2) planejamento e consulta; 3) implementação; 4) avaliação e pesquisa; 5) conhecimento - princípios, valores e ética; 6) comunicação; 7) política de defesa e desenvolvimento da estratégia; 8) organização e gestão; 9) trabalhar com as comunidades, capacitação da comunidade; 10) formação de parcerias e de trabalho colaborativo; 11) liderança estratégica(65).

Os autores, apesar de realizarem críticas com relação à tentativa de se estabelecer padrões internacionais, listam alguns benefícios. Dentre eles destacam-se: 1) compartilhamento de termos comuns e acordos para definição das tarefas e conhecimentos necessários para a prática; 2) desenvolvimento de programas, projetos e currículos nos processos de capacitação de pessoal; 3) contribuição para a definição e consolidação da área; 4) evolução da formação, promoção e desenvolvimento de cursos; 5) desenvolvimento profissional contínuo; 6) possibilidade de desenvolvimento de padrões para acreditação; 7) promoção de responsabilidade perante o público para as normas de prática(65). Dentre os aspectos negativos encontram-se: 1) reducionismo que pode limitar a inovação; 2) desvalorização da experiência profissional; 3) possibilidade de ignorar valores e princípios(65).

2.4.3.1. Galway Consensus Conference

O debate sobre competências no campo da saúde pública teve como ponto culminante a *Galway Consensus Conference*. As discussões acerca da construção de competências para a saúde pública avançou muito conforme descrito no Quadro 4, porém, muito ainda tem que ser desenvolvido(87)(88).

Assim, diante da necessidade que emerge diante do novo contexto em saúde, representantes de vários países realizaram, na Universidade da Irlanda em Galway, em junho de 2008, a *Galway Consensus Conference*. Esta Conferência foi organizada juntamente com a *International Union for Health Promotion and*

Education (IUHPE), a *Society for Public Health Education* (SOPHE), o *Centers for Disease Control* (CDC) e com lideranças da área(87)(88).

Participaram 26 representantes de várias nacionalidades e dentre esses encontravam-se membros de instituições de ensino, sociedades profissionais, entidades governamentais e não-governamentais(87)(88).

O objetivo da *Galway Consensus Conference* foi promover o intercâmbio global para desenvolver uma visão compartilhada do núcleo competência, de profissionalismo e de qualidade e de garantia necessários para o desenvolvimento da força de trabalho entre países e continentes(87)(88). Além disso, recomenda a construção de uma escala e de um sistema de acreditação de centros e instituições acadêmicas com critérios pré-estabelecidos de formação e treinamento(87)(88). Em longo prazo, segundo os autores, reforçaria a preparação profissional, a formação e a educação continuada dos profissionais de saúde(87)(88).

Nesse contexto, as discussões realizadas na Conferência resultaram na elaboração de uma declaração que apontam valores e princípios, uma definição comum, e oito domínios de competências fundamentais para saúde pública(87). Esta declaração não se preocupou com competências específicas, e sim, com as competências gerais consideradas críticas para alcançar melhorias na saúde.

Dentro dos valores e princípios incluem: o modelo social ecológico de saúde que leva em conta as características culturais e econômicas, os determinantes sociais da saúde, o compromisso com a equidade, o respeito diversidade cultural, o desenvolvimento sustentável e participativo, o engajamento da população na identificação de necessidades, a definição de prioridades para o planejamento, a execução e a avaliação da saúde com soluções viáveis para atender às necessidades(88). Os oito domínios apontados pela declaração são:

1. Catalisação de mudanças: capacidade de produzir mudanças e emponderar os indivíduos e as comunidades para a melhora da saúde.

2. Liderança: produzir uma direção estratégica e oportunidades para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão recursos para a promoção da saúde.

3. Estimativa/Diagnóstico: conduzir avaliação das necessidades da comunidade, identificar e analisar o comportamento, a cultura, o meio social, ambiental e organizacional que podem ser determinantes na promoção ou no comprometimento da saúde.

4. Planejamento: capacidade de estabelecer metas e objetivos mensuráveis em resposta à avaliação das necessidades e identificar estratégias que são baseadas no conhecimento derivado de evidências teóricas e práticas.

5. Implementação: capacidade de realizar de maneira eficaz, eficiente e sensível a cultura e ética, estratégias para garantir o maior número possível melhorias na saúde, incluindo a gestão dos recursos humanos e materiais.

6. Avaliação: determinar o alcance, a eficácia e o impacto dos programas de promoção da saúde e das políticas. Isso inclui a utilização adequada métodos de avaliação e de pesquisa para apoiar melhorias no programa, a sustentabilidade e a divulgação.

7. Advocacia: defender a melhora da saúde e bem-estar para indivíduos e comunidades e reforçar suas capacidades para a realização de ações que possam melhorar a saúde e fortalecer a comunidade.

8. Parcerias: promover o trabalho cooperativo entre disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção e políticas de saúde.

As recomendações realizadas em Galway destinam-se a diversos públicos, incluindo: médicos, pesquisadores, acadêmicos, gestores, entidades não-governamentais, empregadores, organizações internacionais e outras autoridades institucionais, que têm participação e responsabilidade para promover a saúde do público(88).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo contou com três etapas: 1) etapa exploratória, que teve como objetivo identificar as competências construídas no processo de trabalho do NASF; 2) o estudo Delphi de Políticas, adaptado para este estudo, para verificar consensos e dissensos em relação à importância e à viabilidade das competências identificadas na etapa exploratória; 3) a análise de conteúdo das justificativas para analisar as dificuldades para operacionalização das competências do NASF.

Todas as etapas foram desenvolvidas por meio da coleta de dados *online*. Nesse sentido, a literatura aponta algumas vantagens do uso da *internet* em pesquisas como: 1) a interação de pessoas distantes geograficamente que antes era considerado um entrave, 2) coleta de dados mais rápida, 3) menos dispendioso, possibilitando atingir maior número de participantes, 4) facilita o acesso de questões sensíveis e de populações ocultas, 5) aumenta a precisão da entrada e análise de dados, já que são colocados automaticamente no banco(89)(90).

Para os participantes, a literatura aponta que as vantagens consideradas são o maior favorecimento do anonimato e a possibilidade de fornecer as informações no seu próprio ritmo(90).

Assim, o presente estudo contou com questionários disponibilizados em um ambiente virtual do *Google Docs* com objetivo de facilitar o acesso aos profissionais e, aos gestores de diferentes regiões do país, bem como docentes de diversas instituições.

3.1. ETAPA EXPLORATÓRIA

Conforme mencionado anteriormente nesse estudo, o NASF é ainda recente e os profissionais ali atuantes estão em processo de construção das competências necessárias para o processo de trabalho no NASF. Desta maneira, a etapa

exploratória da pesquisa teve como objetivo identificar as principais competências para o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF.

3.1.1. PARTICIPANTES

Considerou-se necessário, para compor essa etapa, que os participantes tivessem experiência e/ou familiaridade com processo de trabalho no NASF. Sendo assim, a seleção da amostra nesse 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, onde receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e um convite para participação. Aceitaram o convite 66 participantes, sendo 42 profissionais, 11 docentes e 13 gestores.

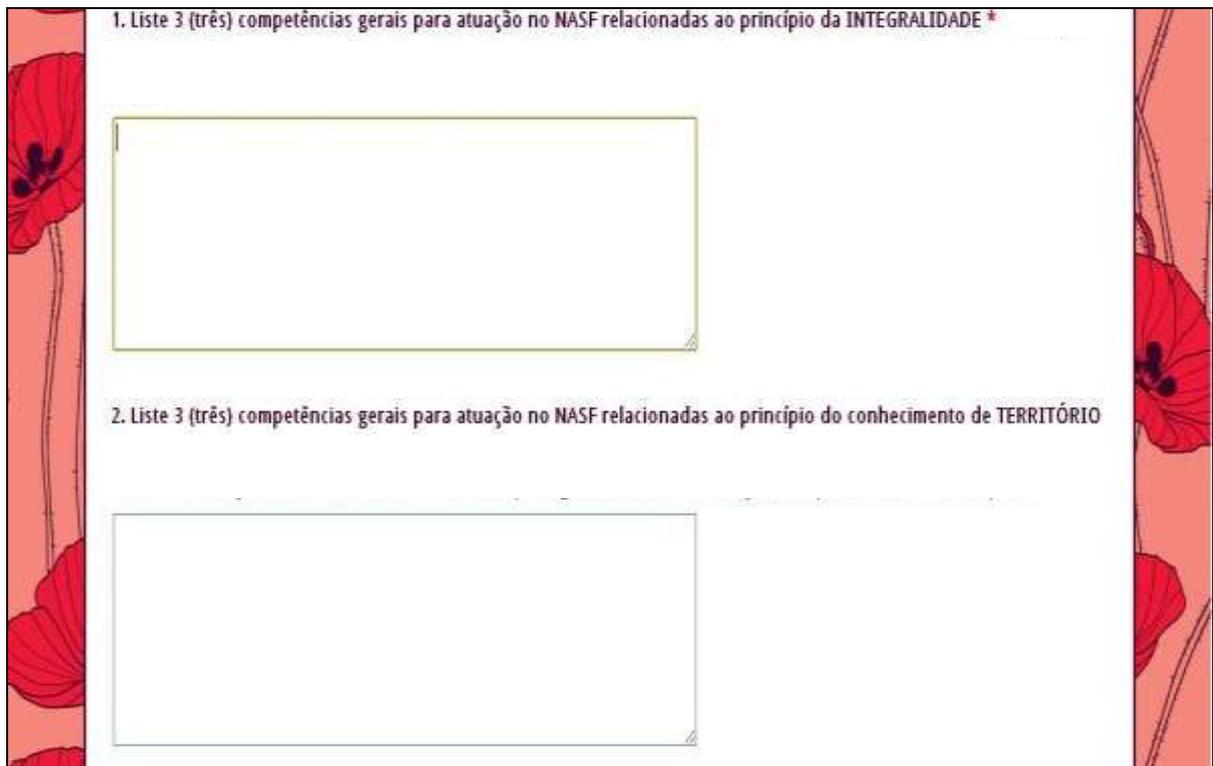
3.1.2. INSTRUMENTO DE PESQUISA

O questionário foi composto por duas partes. A primeira continha questões acerca das informações socioprofissionais como idade, graduação, última titulação e unidade federativa de procedência.

Na segunda parte do questionário, foi solicitado a 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, promoção de saúde. Procurou-se não limitar o espaço de resposta para que o participante pudesse aprofundar o tema, caso achasse necessário.

Ressalta-se que o questionário foi submetido a pré-teste com 3 (três) docentes para verificação da pertinência das questões e, posteriormente, foi realizada a aplicação do mesmo ao julgamento de 6 (seis) profissionais, solicitando que indicassem possíveis dúvidas ou sugestões. Abaixo a *interface* do questionário disponibilizado aos participantes da etapa exploratória na plataforma *Google Docs*.



The image shows a screenshot of a questionnaire interface. It features two questions, each followed by a large text input box. The first question is: "1. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas ao princípio da INTEGRALIDADE *". The second question is: "2. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas ao princípio do conhecimento de TERRITÓRIO". The interface has a decorative border with red flowers on the left and right sides.

Figura 1. Questionário disponibilizado, aos participantes da etapa exploratória na plataforma *Google Docs*, Brasília, 2012.

3.1.3. ANÁLISE DOS DADOS

O período de coleta de dados decorreu entre janeiro e abril de 2011. Após a

coleta dos dados, esses foram submetidos à análise de conteúdo (91). Essa técnica foi adotada pela sua aceitabilidade e ampla utilização em análise de material não estruturado(92) semelhante ao material produzido nessa etapa exploratória.

A análise de conteúdo utilizada nesse estudo não objetivou a verificação de hipóteses, e sim, explorou as ideias dos registros textuais dos participantes, por meio das etapas básicas da técnica: estabelecimento de unidades de análise, determinação das categorias de análise e quantificação (93).

O processo de análise de conteúdo iniciou-se durante o período de realização da coleta de dados. O material textual dos participantes foi organizado logo após o recebimento, em uma planilha. Para o estabelecimento das unidades de análises buscou-se organizar as informações por meio das ideias presentes no conteúdo investigado, realizando-se assim, uma análise temática.

Foram selecionadas unidades de contexto com seguimentos textuais minimamente suficientes à compreensão e que fossem coerentes com os objetivos da pesquisa, buscando sintetizar ideias e opiniões.

Após, foi realizada a determinação das categorias de análise de cada segmento destacado, de maneira a conter a ideia principal para descrever o conteúdo desse fragmento textual destacado. Nessa etapa, foram realizadas leituras e releituras de maneira a percorrer todos os elementos do material de análise e atender aos objetivos da pesquisa.

Também foi realizada a quantificação que, apesar de não ser uma etapa obrigatória, tem se tornado uma etapa cada vez mais comum nas análises de conteúdo(93). Assim, foi realizada uma quantificação por meio da análise de ocorrências pois, de acordo com a literatura, a maior frequência de ocorrência indicaria maior interesse do participante por aquele objeto(93).

A partir deste processo foi possível explorar as informações e identificar as seguintes competências: 1) realizar o diagnóstico da comunidade; 2) trabalhar de modo colaborativo; 3) organizar o cuidado; 4) planejar as ações à comunidade; 5) desenvolver ações intersetoriais; 6) fortalecer políticas públicas; 7) desenvolver ações educacionais; e, 8) atuar em diferentes coletividades.

3.2. DELPHI DE POLÍTICAS

Nesse trabalho, a técnica Delphi de Políticas foi utilizada para analisar as competências para o processo de trabalho no NASF, de maneira a verificar tanto a importância quanto a viabilidade das competências identificadas na etapa exploratória. Dessa forma, poder-se-ia reconhecer obstáculos à implementação do NASF, na perspectiva das competências para o processo de trabalho e fornecer uma base para discussões futuras.

As políticas públicas necessitam de soluções e de visões multidimensionais para abordagem de problemas que são complexos, nesse caso, o consenso não é o mais adequado, sendo importante levantar principalmente os dissensos(94). Nesse contexto, o método Delphi de Políticas ofereceria a possibilidade de mapear os dissensos por meio de uma compreensão das múltiplas visões de grupos interessados, com o painel organizado com representantes de diversos atores sociais inseridos no problema a ser analisado(95).

Assim, o Delphi de Políticas ou *Policy Delphi* é utilizado com o objetivo de buscar ideias e estratégias para políticas organizacionais(96). Constitui um método interativo e estruturado, de aplicação e de interpretação variada, 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 face(97)(98).

As etapas principais incluem: 1) a identificação de um problema de pesquisa; 2) o desenvolvimento do questionário; 3) a seleção dos painelistas com diferentes formações e níveis de instrução; 4) a condução da interação de maneira anônima; 5) o *feedback* dos resultados (estatísticos, qualitativos, ou ambos) entre as rodadas; 6) novo resumo; e, 7) *feedback* das conclusões(99).

Em literatura específica sobre o uso da técnica Delphi de Políticas pela *internet*, observou-se que os procedimentos metodológicos não se alteram e é apontada também algumas vantagens como: 1) a redução do tempo de pesquisa (de envio e recebimento dos questionários) em relação a metodologia tradicional; 2) redução dos custos na preparação de questionários; 3) redução do tempo com a

digitação das respostas para a tabulação pois, conforme já relatado anteriormente, os questionários são respondidos diretamente em um formulário da *internet*, e os dados são encaminhados, automaticamente, para uma planilha eletrônica, agilizando o tempo gasto no processo; e, 4) *feedback* muito mais rápido aos respondentes evitando uma desmotivação dos participantes(100).

3.2.1. PARTICIPANTES: DEFINIÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO PAINEL

O painel do Delphi de Política deve ter uma composição variada pois, o objetivo é maximizar a variação de opiniões de maneira a cobrir o máximo de dimensões do objeto de pesquisa(101). Assim, o painel construído nesse trabalho foi composto por representantes de várias categorias profissionais, inseridas no processo de construção de competência, a saber: gestores, em nível de apoiadores institucionais; profissionais do NASF e docentes. Procurou-se também inserir participantes de diferentes regiões brasileiras de maneira a obter uma visão de diferentes realidades.

3.2.2. INSTRUMENTO DE PESQUISA: ELABORAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Essa etapa do estudo contou com dois questionários: o da primeira rodada e o da segunda rodada.

O questionário da primeira rodada foi composto por duas partes. A primeira foi composta de questões para coleta de dados sócio-profissionais e a segunda pelas 46 habilidades extraídas da etapa exploratória, expostas no Quadro 6.

O questionário da segunda rodada foi estruturado de maneira semelhante ao da primeira rodada, sendo que foram apresentadas apenas as questões avaliadas como não consensuais (dissensos) da primeira rodada, conforme preconiza a literatura(102). Foi incorporado e, também, disponibilizado um resultado parcial da análise de dados da etapa anterior, conforme preconiza o Delphi de Políticas(97).

Quadro 6. Competências e habilidades identificadas na etapa exploratória no processo de trabalho do NASF, Brasília, 2012

Competências	Habilidades
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
Trabalhar de modo colaborativo	<ul style="list-style-type: none"> • Atuar conjuntamente com os outros profissionais de saúde • Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF • Realizar apoio à equipe da ESF • Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF • Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF • Atuar dentro dos princípios ético profissionais • Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF • Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF • Gerenciar conflitos dentro 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 baseado na epidemiologia • Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais • Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária
Planejar ações para 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 • Capacidade de desenvolver projetos considerando 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 constituição de conselhos • Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde
Desenvolver ações educativas com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar treinamentos para 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 à população visando hábitos saudáveis dentro do 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

Para a definição das escalas de votação, a literatura ressalta que as escalas de aceitação, de viabilidade, de importância e de confiabilidade seriam as que melhores poderiam representar e avaliar a informação coletada no Delphi de Políticas(102)(103).

Nesse trabalho, foram adotadas apenas as escalas de importância e de viabilidade. A análise da **importância** permitiu verificar a relevância da questão política, de maneira a avaliar se as habilidades de cada competência deveriam ou não ser consideradas no processo de trabalho. A análise da **viabilidade** permitiu avaliar os principais problemas, percalços para implantação, favorecendo a construção de possíveis soluções(102)(103).

As interpretações utilizadas nesse trabalho, adaptadas da proposta de Turoff(103) para as escalas de importância e viabilidade, podem ser verificadas na Quadro 7.

Quadro 7. As interpretações adaptadas da proposta de Turoff para as escalas de importância e viabilidade(103)

Escala de Importância	
Nenhuma	Irrelevante; não tem nenhuma implicação para avaliação; pode ser desconsiderada
Pouca	Pouco relevante; não tem implicações diretas para questões mais relevantes; não necessita ser considerada
Razoável	Relevante, importantes implicações somente se consideradas outras questões, deve pelo menos ser parcialmente consideradas
Muito	Muito relevante, tem implicações diretas para questões importantes, não pode ser negligenciada
Escala de Viabilidade	
Nenhuma	Todos indicativos apontam para impossibilidade de implementação; depende de diversas questões para seu desenvolvimento; inaceitável pelos atores envolvidos
Pouca	Muitas interferências ou impedimentos para implementação; depende de muitas condições para seu desenvolvimento; dificilmente aceitável pelos atores envolvidos
Razoável	Poucas interferências ou impedimentos para implementação dependem de poucas condições para seu desenvolvimento
Muito	Nenhuma interferência ou impedimento para implementação

Nas Figuras 2 e 3 são apresentados a *interface* dos questionário disponibilizados aos participantes da primeira e da segunda rodadas do Delphi de Políticas na plataforma *Google Docs*.

Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia

Nenhum Pouco Razoável Muito

Importância:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viabilidade:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Justifique as respostas nos critérios de importância, viabilidade

Figura 2. Questionário disponibilizado aos participantes da primeira rodada Delphi de Políticas na plataforma *Google Docs*, Brasília, 2012.

Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária

Com relação à VIABILIDADE, foram obtidos os seguintes resultados:

Muito: 22,7%
 Razoável: 37,3%
 Pouco: 36 %
 Nenhum: 4%

Resumo dos Depoimentos:

Com relação à viabilidade, os comentários dos participantes centraram-se nas dificuldades políticas para facilitar esta articulação, falta dos outros níveis no município onde atuam e dificuldades de comunicação com outros níveis.

De posse do resultado acima, julgue a VIABILIDADE em "Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária"

Nenhum(a) Pouco(a) Razoável Muito(a)

Viabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Justifique sua resposta

Figura 3. Questionário disponibilizado aos participantes da segunda rodada Delphi de Políticas na plataforma *Google Docs*, Brasília, 2012.

3.2.3. DESENVOLVIMENTO DO DELPHI DE POLÍTICAS

A primeira rodada foi iniciada no final do mês de junho de 2011 e finalizada no início do mês de agosto, do mesmo ano. Na primeira rodada Delphi de Políticas, houve a participação de 75 convidados, 51 profissionais, 12 docentes e 12 gestores, a partir da lista de emails obtida na etapa exploratória.

A segunda rodada foi iniciada no final do mês de agosto de 2011 e finalizada em final do mês de outubro, do mesmo ano. O objetivo da segunda rodada foi elucidar questões que não se apresentaram claras anteriormente e informar os participantes do resultado da primeira rodada.

Nessa rodada, foram convidados os mesmos participantes da primeira, contudo, retornaram 43 participantes, o que correspondeu a uma taxa de retorno de 67,7%. Este índice de retorno foi considerado bem próximo ao reportado por Wright e Giovinazzo que relatam abstenções de 20% a 30% na segunda rodada(96).

Outro ponto é que a literatura aponta para a flexibilidade na quantidade de participantes do painel, sendo encontrada uma variação entre 4 a 3000 indivíduos(99).

No entanto, o Delphi de Políticas não tem o objetivo de realizar um levantamento estatístico representativo, assim, as questões de validade estatística, seleção amostral e análise de resultados não se aplicariam a esse método(96). Nesse aspecto, de acordo com a literatura, um número entre 15 e 30 painelistas é considerado suficiente para gerar informações relevantes(100).

As estratégias utilizadas nesse estudo para manter a motivação e reduzir a perda de sujeitos, seja em virtude da desmotivação, seja em virtude de saída do profissional do NASF, considerando que muitos deles cumprem contrato temporário, foi enviar lembretes semanais e realizar o intervalo entre uma rodada para outra em um tempo mínimo.

Assim, nesse trabalho o tempo entre as rodadas foi de 15 dias, que correspondeu apenas ao prazo utilizado para finalizar as análises parciais da primeira rodada e para emissão de *feedback* aos participantes.

O número de rodadas também é apontado, na literatura, como uma estratégia para manter a motivação do grupo de painelistas e é recomendado cerca de duas ou três rodadas para manter uma alta taxa de resposta(97). Nesse estudo, o Delphi de Políticas foi realizado em duas rodadas.

3.2.4. ANÁLISE DOS DADOS: CRITÉRIOS PARA MEDIÇÃO DE CONSENSO

A literatura aponta que os métodos utilizados para se avaliar o posicionamento do grupo constituem um dos itens menos desenvolvidos no Delphi de Políticas(102).

No entanto, a literatura defende a importância uma forma de mensuração desse posicionamento, de maneira a verificar se o grupo está dividido entre posições divergentes (dissenso) ou, se está alinhado em alguma posição predominante (consenso)(104).

Nesse aspecto, uma das alternativas de análise apontada na literatura especificamente para o método Delphi de Políticas, é o critério De Loe(104), que propõe um sistema de medição de consenso com base em frequências que inclui quatro níveis de consenso: alto, médio, baixo ou nenhum. Esse sistema de análise tem sido utilizado de maneira bem sucedida em outros trabalhos e foi adotado nesse estudo nas análises da primeira e da segunda rodadas(105)(106).

Quadro 8. Critério de De Loe para análise do posicionamento dos participantes em pesquisas que utilizam a técnica Delphi de Políticas(93)

Grau de Consenso	Condição⁽¹⁾
Alto	70% de respostas em 1 categoria ou 80% em 2 categorias relacionadas ⁽²⁾
Médio	60% de respostas em 1 categoria ou 70% em 2 categorias relacionadas ⁽²⁾
Baixo	50% de respostas em 1 categoria ou 60% em 2 categorias relacionadas ⁽²⁾
Nenhum	Menos de 60% de respostas em 2 categorias relacionadas ⁽²⁾

(1)- Relaciona-se à distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação

(2)- Categorias relacionadas são aquelas de avaliação positiva ou negativa na escala de votação

Como o Delphi de Políticas preconiza a reapresentação, nas rodadas subsequentes, as habilidades com dissensos, optou-se, nesse estudo, em utilizar um outro critério, como uma maneira de certificar a tendência (se para convergência ou para divergência) em que se apresentavam as opiniões. Assim, o critério acrescentado nas análises, da primeira rodada, para essa finalidade foi o intervalo interquartil (IQR).

O IQR constitui outro critério muito utilizado na literatura para determinação de consenso no Delphi de Políticas e é definido como um valor absoluto da diferença entre 75 e 25 percentil (107)(102).

A utilização do IQR na determinação do consenso seguiu os critérios expostos no Quadro 9.

Quadro 9. Critério IQR para avaliação do consenso das habilidades (102).

Grau de Consenso	Condição
Convergência	<1,00 ou =1,00 e ≥ 60% da distribuição de respostas
Divergência	> 1,00 ou =1,00 e < 60% da distribuição de respostas

3.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DEPOIMENTOS DOS CAMPOS DE JUSTIFICATIVAS DOS QUESTIONÁRIOS

A literatura recomenda que, no caso de não haver consenso, é importante que seja realizada a análise se as divergências são sustentadas ou não (104).

Assim, com o objetivo de compreender melhor as divergências, foi realizada uma análise qualitativa dos depoimentos deixados pelos participantes nos campos de justificativa do questionário, a fim de compreender as razões dos dissensos. Assim, nessa etapa foi utilizada a análise de conteúdo semelhante a realizada na etapa exploratória, porém sem a quantificação.

3.4. QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados em todas as fases da pesquisa. Não houve exposição dos indivíduos a riscos, visto que se trata de um método de consenso sem nenhum tipo de intervenção. Foi respeitado o caráter voluntário e o direito ao esclarecimento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado *online*. Foi assegurado o direito à privacidade, à preservação dos dados, à confidencialidade e ao anonimato dos indivíduos pesquisados. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS/FEPECS) pelo parecer 0026/2010.

4. RESULTADOS

4.1. ETAPA EXPLORATÓRIA

4.1.1. PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Cerca de 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.

Cerca de 40,9% dos participantes tem 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 da etapa exploratória.

Tabela 1. Características socioprofissionais dos participantes da etapa exploratória, Brasília, 2012.

	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
	Formação	Psicologia	11
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

4.1.2. COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF

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 35% dos participantes. Essa 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 e 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 habilidades referentes a esta 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, 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 esta competência pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: organizar o cuidado e trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.

Competências/ Habilidades	Número de vezes que a habilidade foi citada	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
Organizar o cuidado		
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%
Organizar as ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF	10	12%
Trabalhar de modo colaborativo		
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%
Gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF	1	2%

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 habilidades referentes a esta 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 comunidade e capacidade de desenvolver projetos considerando os recursos disponíveis – citadas por 19% dos participantes.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a esta competência pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: realizar o diagnóstico da comunidade e planejar as ações para a comunidade, Brasília, 2012.

Competências/ Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
Realizar diagnóstico da comunidade		
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%
Planejar as ações para a comunidade		
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações	18	27%
Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade	15	19%
Capacidade de desenvolver projetos considerando recursos disponíveis	13	19%
Definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos	12	15%
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção	8	9,5%
Avaliar os resultados das ações de saúde	2	3%

A competência **desenvolver ações intersetoriais** destacou-se nas diretrizes: território, participação social, intersectorialidade.

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 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 esta competência pode ser visualizado na Tabela 4.

A competência **fortalecer as políticas públicas** foi enfatizada nas diretrizes: promoção de saúde, participação social, intersectorialidade, 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– foram citadas por apenas 6% dos participantes.

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

Tabela 4. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: desenvolver ações intersectoriais e fortalecer as políticas públicas, Brasília, 2012.

Competências/ Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
Desenvolver ações intersectoriais		
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 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%
Fortalecer as políticas públicas		
Conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde	19	24%
Participar das reuniões de conselho	8	12%
Ter formação política	8	11%
Apoiar constituição de conselhos	4	6%
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde	4	6%

A competência **desenvolver ações educativas** também foi considerado 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 – listada por 24% dos participantes e também com 19 citações.

O resumo dos resultados da análise de todas as habilidades referentes a esta 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 saúde – foi listada por 18% dos participantes e obteve 14 citações, seguida da habilidade –respeitar a diversidade e a cultura local – com onze citações listadas por 15% dos participantes.

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

Tabela 5. Resumo da análise de conteúdo das habilidades referente às competências: desenvolver ações educativas e atuar com diferentes coletividades, Brasília, 2012.

Competências / Habilidades	Número de citações da habilidade	Percentual de indivíduos que listaram a resposta
Desenvolver ações educativas		
Integrar o saber do indivíduo às práticas educativas com linguagem acessível	19	27%
Realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços	19	24%
Ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais	18	24%
Capacitar a população visando hábitos saudáveis dentro do contexto da população	16	23%
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações	10	15%
Ter conhecimentos de educação em saúde	1	2%
Atuar com as diferentes coletividades		
Reconhecer os determinantes de saúde	14	18%
Respeitar a diversidade e a cultura local	11	15%
Considerar a diversidade cultural no planejamento de ações	2	3%
Considerar valores e princípios da comunidade	1	2%

4.2. DELPHI DE POLÍTICAS

O objetivo desta etapa foi analisar se as competências identificadas na etapa exploratória são importantes e viáveis para a operacionalização no processo de trabalho do NASF.

4.2.1. PRIMEIRA RODADA

4.2.1.1. PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Participaram da primeira rodada 51 profissionais, o que correspondeu a 68% dos participantes, e, 16% de gestores e docentes.

Com relação às regiões de atuação, predominou participação da região Sudeste, com 44%, seguida da região Nordeste, com 40%. A região Norte teve apenas um participante.

E, nas áreas de formação houve um predomínio de fisioterapeutas com 18,6%, seguido de educadores físicos com 13,3%.

Observou-se um predomínio de especialistas na área de Atenção Primária com 37% e, em menor número, pós-doutores com 4%.

Na Tabela 6 pode ser visualizado o perfil dos participantes da primeira rodada desta etapa.

Tabela 6. Perfil socioprofissional dos sujeitos que participaram da primeira rodada do estudo delphi de políticas, Brasília, 2012.

	Variáveis	f	%
Categorias profissionais	Profissionais	51	68
	Docentes	12	16
	Gestores	12	16
Regiões do país	Sudeste	33	44
	Nordeste	30	40
	Centro-Oeste	8	10,6
	Sul	3	4
	Norte	1	1,3
Formação Profissional	Fisioterapia	14	18,6
	Educação Física	10	13,3
	Nutrição	10	13,3
	Terapia Ocupacional	9	12
	Psicologia	8	10,6
	Fonoaudiologia	7	9,3
	Serviço Social	5	6,6
	Enfermagem	4	5,3
	Medicina	4	5,3
	Farmácia	4	5,3
Titulação	Especialização nas áreas de atenção primária	28	37
	Especialização nas áreas de formação profissional	17	22,6
	Mestrado	14	18,6
	Doutorado	8	10,6
	Graduação	5	6,6
	Pós doutorado	3	4

4.2.1.2. COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF

Organizar o Cuidado

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação acerca da percepção geral dos participantes, verificou-se que esses consideraram todas as habilidades apresentadas como importantes, com frequências na categoria 'muito importante' acima de 86,7%.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme observado na Tabela 7, verificou-se que na análise da importância, foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas cima de 97,4%.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 7, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 7. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Realizar o acolhimento do usuário	88,0	10,7	1,3	0	98,7	0,00	Alto	Convergente
Proporcionar cuidado integral e longitudinal	90,7	6,7	2,7	0	97,4	0,00	Alto	Convergente
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária	88,0	10,7	1,3	0	98,7	0,00	Alto	Convergente
Organizar o processo de trabalho	90,7	8,0	0	0	98,7	0,00	Alto	Convergente
Organização de ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF	86,7	13,3	0	0	100,0	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI= Nenhuma Importância;

(2) Percentual de categorias relacionadas.

Já na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme pode ser observado na Tabela 8. Destaca-se as habilidades – proporcionar o cuidado integral; articular os níveis de atenção primária secundária e terciária; e organizar ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF – que foram consideradas ‘muito viáveis’ por apenas 18,7%, 22,7, 25,3% dos participantes, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade – proporcionar o cuidado integral e longitudinal – apresentou 54,7% de percentual de categorias relacionadas, caracterizando ‘nenhum consenso’ e – articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária – apresentou 60%, caracterizando ‘baixo consenso’.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 8, verificou-se divergência em – proporcionar o cuidado integral e longitudinal e; articular os níveis de atenção primária , secundária e terciária.

Tabela 8. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Realizar o acolhimento do usuário	48,0	37,3	14,7	0	85,3	1,00	Alto	Convergência
Proporcionar cuidado integral e longitudinal	18,7	36,0	40,0	4,0	54,7	1,00	Nenhum	Divergência
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária	22,7	37,3	36,0	4,0	60,0	1,00	Baixo	Divergência
Organizar o processo de trabalho	38,7	40,0	20,0	0	78,7	1,00	Médio	Convergência
Organização de ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF	25,3	52,0	22,7	0	77,3	1,00	Médio	Convergência

(1)MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 10 encontra-se uma síntese do consenso relacionado a importância e a viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 10. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Realizar o acolhimento do usuário			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾
Proporcionar cuidado integral e longitudinal			Nenhum consenso ⁽³⁾	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária			Baixo consenso ⁽⁵⁾	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Organizar o processo de trabalho	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Médio Consenso ⁽⁶⁾	Convergência de opiniões ⁽⁷⁾
Organização de ações de promoção, de prevenção, reabilitação e cura no processo de trabalho da equipe do NASF e ESF			Médio Consenso ⁽⁶⁾	Convergência de opiniões ⁽⁷⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) <60% em duas categorias relacionadas; (4) =1,00 < 60% das opiniões; (5) 60% em duas categorias relacionadas; (6) 70% em 2 categorias relacionadas; (7) = 1,00 e ≥60%.

Trabalhar de modo colaborativo

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, verificou-se que esses consideraram todas as habilidades apresentadas como importantes, com frequências na categoria 'muito importante' acima de 82,7%.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme pode ser observado na Tabela 9, verificou-se que na análise da importância foram consensuais todas as habilidades apresentadas, com percentual de categorias relacionadas acima de 97,3%.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 9, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 9. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Atuar conjuntamente com outros profissionais de saúde	85,3	12,0	1,3	0	97,3	0,00	Alto	Convergente
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF	90,7	6,7	1,3	0	97,4	0,00	Alto	Convergente
Realizar apoio à equipe da ESF	97,3	2,7	0	0	100,0	0,00	Alto	Convergente
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF	86,7	10,7	1,3	0	97,4	0,00	Alto	Convergente
Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF	92,0	5,3	0	1,3	97,3	0,00	Alto	Convergente
Atuar dentro dos princípios ético-profissionais	93,3	4,0	0	1,3	97,3	0,00	Alto	Convergente
Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF	85,3	12,0	1,3	0	97,3	0,00	Alto	Convergente
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF	93,3	5,3	0	0	98,6	0,00	Alto	Convergente
Capacidade de gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF	82,7	16,0	0	0	98,7	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI= Nenhuma Importância;

(2) Percentual de categorias relacionadas.

Já na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 10.

Destaca-se as habilidades – realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF; pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF; compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF – que foram consideradas ‘muito viáveis’ por apenas 32,0%; 32,7; 26,7% dos participantes, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade – realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF – apresentou 68,0% de percentual de categorias relacionadas, caracterizando ‘baixo

consenso' e – pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF; compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF – apresentaram 76,0% e 70,7%, respectivamente, caracterizando 'médio consenso'.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 10, verificou-se divergência em - realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF; pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF; compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF.

Tabela 10. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Atuar conjuntamente com outros profissionais de saúde	42,7	38,7	17,3	1,3	81,4	1,00	Alto	Convergente
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF	32,0	36,0	28,0	2,7	68,0	2,00	Baixo	Divergente
Realizar apoio à equipe da ESF	53,3	33,3	12,0	1,3	86,6	1,00	Alto	Convergente
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF	30,7	45,3	18,7	4	76,0	2,00	Médio	Divergência
Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF	65,3	24,0	6,7	2,7	89,3	1,00	Alto	Convergente
Atuar dentro dos princípios ético-profissionais	69,3	24,0	5,3	1,3	93,3	1,00	Alto	Convergente
Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF	54,7	37,3	6,7	0	92,0	1,00	Alto	Convergente
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF	26,7	44,0	26,7	1,3	70,7	1,25	Médio	Divergência
Capacidade de gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF	48,0	44,0	6,7	0	92,0	1,00	Alto	Convergente

(1)MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 11, encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 11. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Atuar conjuntamente com outros profissionais de saúde			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF			Baixo consenso ⁽³⁾	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Realizar apoio à equipe da ESF			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF			Médio Consenso ⁽⁵⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾
Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾
Atuar dentro dos princípios ético-profissionais			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾
Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF			Médio Consenso ⁽⁶⁾	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Capacidade de gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR<1,00; (3) 60% em duas categorias relacionadas; (4) IQR>1,00; (5) 70% em 2 categorias relacionadas; (6) =1,00 e ≥60%.

Realizar o diagnóstico da comunidade

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, verificou-se que esses consideraram as todas as habilidades apresentadas como importantes, com frequências na categoria 'muito importante' acima de 86,7%.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme pode ser observado na Tabela 11, observou-se na análise da importância que foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas acima de 96,0%.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 11, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 11. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência realizar diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Identificar as necessidades de saúde locais	96,0	4,0	0	0	100	0,00	Alto	Convergente
Identificar os equipamentos sociais	86,7	9,3	1,3	1,3	96,0	0,00	Alto	Convergente
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia	86,7	13,3	0	0	100	0,00	Alto	Convergente
Conhecer fragilidades e potencialidades do território	92,0	8,0	0	0	100	0,00	Alto	Convergente
Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária	88,0	12,0	0	0	100	0,00	Alto	Convergente
Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais	96,0	4,0	0	0	100	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI= Nenhuma Importância;

(2) Percentual de categorias relacionadas.

Já na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme pode ser observado na Tabela 12. Destaca-se as habilidades – realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia e diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais – que foram consideradas ‘muito viáveis’ por apenas 25,3% e 24% dos participantes, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade – realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia – apresentou 73.3% de percentual de categorias relacionadas, caracterizando ‘médio consenso’.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 12, verificou-se divergência na habilidade – realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia.

Tabela 12. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência realizar diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Identificar as necessidades de saúde locais	37,3	60,0	2,7	0,0	97,3	1,00	Alto	Convergente
Identificar os equipamentos sociais	57,3	30,7	9,3	1,3	88,0	1,00	Alto	Convergente
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia	25,3	48,0	26,7	0,0	73,3	2,00	Médio	Divergente
Conhecer fragilidades e potencialidades do território	42,7	46,7	8,0	0,0	89,4	1,00	Alto	Convergente
Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária	53,3	38,7	8,0	0,0	92,0	1,00	Alto	Convergente
Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais	24,0	57,3	18,7	0,0	81,3	1,00	Alto	Convergente

(1)MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 12 encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 12. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência realizar diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Identificar as necessidades de saúde locais			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Identificar os equipamentos sociais			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia			Médio Consenso ⁽⁴⁾	Divergência de opiniões ⁽⁵⁾
Conhecer fragilidades e potencialidades do território	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Médio Consenso ⁽⁵⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) 60% em duas categorias relacionadas; (4) 70% em 2 categorias relacionadas; (5) IQR >1,00.

Planejar ações para a comunidade

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, verificou-se que todas as habilidades apresentadas foram consideradas importantes, com frequências na categoria 'muito importante' acima de 82,7%, sendo que apenas a habilidade – estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção – apresentou uma frequência mais baixa nesta categoria da escala de votação, com 66,7% .

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme pode ser observado na Tabela 13, verificou-se na análise da importância que foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas acima de 86,7%.

Após submissão a testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 13, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 13. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Capacidade de desenvolver projetos considerando recursos disponíveis	82,7	14,7	1,3	0	97,4	0,00	Alto	Convergente
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações	90,7	6,7	1,3	0	97,4	0,00	Alto	Convergente
Definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos	90,7	8,0	0	0	98,7	0,00	Alto	Convergente
Planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade	82,7	13,3	4,0	0	98,6	0,00	Alto	Convergente
Avaliar os resultados das ações em saúde	88,0	9,3	1,3	0	97,3	0,00	Alto	Convergente
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção	66,7	20,0	1,3	1,3	86,7	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI=Nenhuma Importância; (2) Percentual de categorias relacionadas.

Na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme

observado na Tabela 14. Destaca-se as habilidades – planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade, avaliar os resultados das ações em saúde e estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção – que foram consideradas com ‘muito viáveis’ por apenas 25,3%, 26,7% e 18,7% dos participantes, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que as habilidades – planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade e avaliar os resultados das ações em saúde – apresentaram 60% e 69,4% de percentual de categorias relacionadas, respectivamente, caracterizando ‘baixo consenso’ e a habilidade – estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção – apresentou 53,4% caracterizando ‘baixo consenso’.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 14, verificou-se divergência também nas habilidades – planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade, avaliar os resultados das ações em saúde e estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção.

Tabela 14. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Capacidade de desenvolver projetos considerando recursos disponíveis	41,3	49,3	8,0	0	90,6	1,00	Alto	Convergência
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações	34,7	46,7	14,7	2,7	81,4	1,00	Alto	Convergência
Definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos	33,3	50,7	14,7	1,3	84,0	1,00	Alto	Convergência
Planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade	25,3	34,7	33,3	6,7	60,0	1,26	Baixo	Divergência
Avaliar os resultados das ações em saúde	26,7	42,7	25,3	4,0	69,4	2,00	Baixo	Divergência
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção	18,7	34,7	29,3	5,3	53,4	2,00	Nenhum	Divergência

(1) MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 13 encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 13. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Capacidade de desenvolver projetos considerando recursos disponíveis			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Definir prioridades de saúde e de ações com base em pesquisas e dados epidemiológicos			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽³⁾
Planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Baixo consenso	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Avaliar os resultados das ações em saúde			Baixo consenso	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção			Nenhum consenso	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) IQR= 1,00 e ≥60%.; (3) menos que 60% em duas categorias relacionadas; (4) IQR > 1,00.

Desenvolver ações intersetoriais

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, todas as habilidades apresentadas foram consideradas importantes, com frequências na categoria ‘muito importante’ acima de 78,7%.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme observado na Tabela 15, verificou-se que na análise da importância foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas acima de 93,3%.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 15, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 15. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias	78,7	18,7	0	0	97.4	0,00	Alto	Convergente
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade	85,3	9,3	1,3	0	94.6	0,00	Alto	Convergente
Dialogar com os equipamentos sociais e diferentes setores	82,7	14,7	0	0	97.4	0,00	Alto	Convergente
Utilizar espaços comunitários	89,3	4.0	2,7	0	93.3	0,00	Alto	Convergente
Reduzir as barreiras setoriais	80.0	16.0	1,3	0	96.0	0,00	Alto	Convergente
Desenvolver negociação com outros setores	78,7	17,3	1,3	0	96.0	0.00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI=Nenhuma Importância; (2) Percentual de categorias relacionadas.

Na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme pode ser observado na Tabela 16. Destaca-se que todas as habilidades relacionadas a essa competência foram consideradas como ‘muito viáveis’ por menos de 50% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade – reduzir as barreiras setoriais– apresentou 53,3% do percentual de categorias relacionadas, caracterizando ‘nenhum consenso’. A habilidade – desenvolver negociação com outros setores – apresentou 61,3%, caracterizando ‘baixo consenso’.

Após submissão a testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 16, verificou-se divergência nas habilidades – atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade; reduzir as barreiras setoriais e desenvolver negociação com outros setores.

Tabela 16. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias	28,0	49,3	17,3	1,3	77,3	1,00	Médio	Convergência
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade	20,0	52,0	21,3	4,0	72,0	1,25	Médio	Divergência
Dialogar com os equipamentos sociais e diferentes setores	18,7	56,0	21,3	1,3	74,7	0,25	Médio	Convergência
Utilizar espaços comunitários	42,0	36,0	4,0	0	78,0	1,00	Médio	Convergência
Reduzir as barreiras setoriais	12,0	41,3	37,3	6,7	53,3	1,00	Nenhum	Divergência
Desenvolver negociação com outros setores	16,0	45,3	33,3	2,7	61,3	1,25	Baixo	Divergência

(1)MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 14, encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 14. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Planejar ações em conjunto com os equipamentos sociais, visando parcerias			Médio consenso ⁽³⁾	Convergência de opiniões ⁽⁴⁾
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade			Médio consenso ⁽³⁾	Divergência de opiniões ⁽⁵⁾
Dialogar com os equipamentos sociais e diferentes setores			Médio consenso ⁽³⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾
Utilizar espaços comunitários	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Médio consenso ⁽³⁾	Convergência de opiniões ⁽⁴⁾
Reduzir as barreiras setoriais			Nenhum consenso ⁽⁶⁾	Divergência de opiniões ⁽⁵⁾
Desenvolver negociação com outros setores			Baixo consenso ⁽⁷⁾	Divergência de opiniões ⁽⁵⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) 70% em 2 categorias relacionadas; (4) IQR= 1,00 e ≥60%; (5) IQR > 1,00; (6) Menos de 60% de respostas em 2 categorias relacionadas; (7) 60% em 2 categorias relacionadas.

Fortalecer políticas públicas

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, verificou-se que todas as habilidades apresentadas foram consideradas importantes, com frequências na categoria 'muito importante' acima de 72,0%, exceto a habilidade – ter formação política – que foi considerada 'muito importante' por apenas 40,0% dos participantes.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme observado na Tabela 17, verificou-se que na análise da importância foram consensuais todas as habilidades que apresentaram, com percentual de categorias relacionadas acima de 92,0%, exceto a habilidade – ter formação política – que teve 69,3% de percentual de categorias relacionadas, caracterizando 'baixo consenso'.

Após submissão a testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 17, verificou-se convergência em relação importância das habilidades, exceto a competência – ter formação política – que apresentou divergência de opiniões.

Tabela 17. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Conhecer as políticas públicas vinculadas ao setor de saúde	89,3	6,7	0	0	96,0	0,00	Alto	Convergente
Participar das reuniões de conselho	72,0	22,7	2,7	0	94,7	1,00	Alto	Convergente
Ter formação política	40,0	29,3	25,3	2,7	69,3	2,00	Baixo	Divergente
Apoiar constituição de conselhos	77,3	14,7	5,3	0	92,0	0,00	Alto	Convergente
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde	86,7	10,7	0	0	97,3	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI=Nenhuma Importância; (2) Percentual de categorias relacionadas.

Na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme pode ser

observado na Tabela 18. Destaca-se que todas as habilidades relacionadas a esta competência foram consideradas com ‘muito viáveis’ por menos de 50% dos participantes, exceto – conhecer as políticas públicas vinculadas ao setor de saúde – que apresentou 57,3%.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade – conhecer as políticas públicas vinculadas ao setor de saúde – apresentou 88% do percentual de categorias relacionadas, caracterizando ‘alto consenso’. Já as habilidades – participar das reuniões de conselho, apoiar constituição de conselhos e conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde – apresentaram ‘médio consenso’ e a habilidade – ter formação política – apresentou 58,6% , caracterizando ‘nenhum consenso’.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 18, verificou-se divergência nas habilidades – participar das reuniões de conselho, ter formação política, apoiar constituição de conselhos.

Tabela 18. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Conhecer as políticas públicas vinculadas ao setor de saúde	57,3	30,7	9,3	0	88,0	1,00	Alto	Convergência
Participar das reuniões de conselho	33,3	37,3	21,3	5,3	70,6	2,00	Médio	Divergência
Ter formação política	21,3	37,3	29,3	9,3	58,6	1,25	Nenhum	Divergência
Apoiar constituição de conselhos	34,7	40,0	20,0	2,7	74,7	2,00	Médio	Divergência
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde	45,3	42,7	9,3	0	78,6	1,00	Médio	Convergência

(2) MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 15 encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 15. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Conhecer as políticas públicas vinculadas ao setor de saúde	Alto	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾
Participar das reuniões de conselho	Consenso ⁽¹⁾		Médio consenso ⁽⁵⁾	Divergência de opiniões ⁽⁷⁾
Ter formação política	Baixo consenso ⁽³⁾	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾	Nenhum consenso ⁽⁵⁾	Divergência de opiniões ⁽⁷⁾
Apoiar constituição de conselhos			Médio consenso ⁽⁵⁾	Divergência de opiniões ⁽⁷⁾
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde	Alto Consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Médio consenso ⁽⁵⁾	Convergência de opiniões ⁽⁶⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) 60% em 2 categorias relacionadas; (4) IQR > 1,00; (5) 70% em 2 categorias relacionadas; (6) IQR= 1,00 e ≥60%; (5); (6) Menos de 60% de respostas em 2 categorias relacionadas; (7) IQR >1,00.

Desenvolver ações educativas

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, todas as habilidades apresentadas foram consideradas importantes, com frequências na categoria ‘muito importante’ acima de 81,3%.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme observado na Tabela 19, verificou-se na análise da importância que foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas acima de 89,3%.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 19, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 19. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Realizar treinamentos para os profissionais da rede de serviços	86,7	6,7	4,0	0	93,4	0,00	Alto	Convergente
Integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas com linguagem acessível	88,0	6,7	0	1,3	94,7	0,00	Alto	Convergente
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações	90,7	5,3	1,3	0	96,0	0,00	Alto	Convergente
Ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais	81,3	8,0	0	6,7	89,3	0,00	Alto	Convergente
Utilizar linguagem acessível à população	94,7	0	1,3	0	94,7	0,00	Alto	Convergente
Ter conhecimentos de educação em saúde	92,0	5,3	0	0	97,3	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI=Nenhuma Importância; (2) Percentual de categorias relacionadas.

Na avaliação da viabilidade, pode ser os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme pode ser observado na Tabela 20. Destaca-se a habilidade –realizar treinamentos para os profissionais da rede de serviços– que foi considerada como ‘muito viáveis’ por apenas 40,0% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que as habilidades – realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços– apresentou 74,7% de percentual de categorias relacionadas, caracterizando ‘médio consenso’.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 20, verificou-se divergência também na habilidade –realizar treinamentos para os profissionais da rede de serviços.

Tabela 20. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Realizar treinamentos para os profissionais da rede de serviços	40,0	34,7	18,7	4,0	74,7	2,00	Médio	Divergência
Integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas com linguagem acessível	58,7	29,3	4,0	4,0	88,0	1,00	Alto	Convergência
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações	54,7	29,3	8,0	1,3	84,0	1,00	Alto	Convergência
Ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais	52,0	33,3	9,3	1,3	85,3	1,00	Alto	Convergência
Utilizar linguagem acessível à população	81,3	13,3	1,3	0	89,3	1,00	Alto	Convergência
Ter conhecimentos de educação em saúde	69,3	25,3	1,3	1,3	94,6	1,00	Alto	Convergência

(1)MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 16 encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 16. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Realizar treinamentos para os profissionais da rede de serviços			Médio consenso ⁽³⁾	Divergência de opiniões ⁽⁴⁾
Integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas com linguagem acessível			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁵⁾
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações	Alto Consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽²⁾	Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁵⁾
Ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁵⁾
Utilizar linguagem acessível à população			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁵⁾
Ter conhecimentos de educação em saúde			Alto consenso ⁽¹⁾	Convergência de opiniões ⁽⁵⁾

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) 70% em 2 categorias relacionadas; (4) IQR > 1,00; (5) IQR= 1,00 e ≥60%.

Atuar com as diferentes coletividades

Considerando a distribuição dos votos na escala de votação no que se refere à percepção geral dos participantes, todas as habilidades apresentadas foram consideradas importantes, com frequências na categoria 'muito importante' acima de 82,7%.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme pode ser observado na Tabela 21, verificou-se na análise da importância que foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas acima de 97,3%.

Após submissão à testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 21, verificou-se convergência em relação à importância das habilidades.

Tabela 21. Avaliação da importância pelos critérios de De Loe e IQR para a competência atuar com diferentes coletividades, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MI	RI	PI	NI			De Loe	IQR
Reconhecer os determinantes de saúde	89,3	8,0	0	0	97,3	0,00	Alto	Convergente
Respeitar a diversidade e a cultura local	93,3	4,0	0	0	97,3	0,00	Alto	Convergente
Considerar a diversidade cultural no planejamento de ações	82,7	14,7	0	0	97,4	0,00	Alto	Convergente
Considerar valores e princípios da comunidade	92,0	5,3	0	0	97,3	0,00	Alto	Convergente

(1)MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI=Nenhuma Importância; (2) Percentual de categorias relacionadas.

Na avaliação da viabilidade, os participantes apresentaram uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme pode ser observado na Tabela 22.

Com relação a avaliação do consenso pelo critério de De Loe, conforme a Tabela 22, verificou-se na análise da viabilidade que foram consensuais todas as habilidades, com percentual de categorias relacionadas acima de 89,4%.

Após submissão a testagem, segundo IQR, conforme demonstrado também na Tabela 22, verificou-se convergência em relação à viabilidade das habilidades.

Tabela 22. Avaliação da viabilidade pelos critérios de De Loe e IQR para a competência atuar em diferentes coletividades, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe ⁽²⁾	IQR	Consenso	
	MV	RV	PV	NV			De Loe	IQR
Reconhecer os determinantes de saúde	50,7	38,7	8,0	0	89,4	1,00	Alto	Convergência
Respeitar a diversidade e a cultura local	62,7	28,0	4,0	0	90,7	1,00	Alto	Convergência
Considerar a diversidade cultural no planejamento de ações	52,0	36,0	9,3	0	88,0	1,00	Alto	Convergência
Considerar valores e princípios da comunidade	56,0	40,0	1,3	0	96,0	1,00	Alto	Convergência

(1)MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade; (2) Percentual de categorias relacionadas.

No Quadro 17 encontra-se uma síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, obtido por meio das análises pelos critérios de De Loe e IQR.

Quadro 17. Síntese do consenso relacionado à importância e à viabilidade, pelos critérios de De Loe e IQR, para a competência atuar em diferentes coletividades, Brasília, 2012.

Habilidades	Importância		Viabilidade	
	De Loe	IQR	De Loe	IQR
Reconhecer os determinantes de saúde				
Respeitar a diversidade e a cultura local	Alto	Convergência	Alto	Convergência
Considerar a diversidade cultural no planejamento de ações	Consenso ⁽¹⁾	de opiniões ⁽²⁾	Consenso ⁽¹⁾	de opiniões ⁽³⁾
Considerar valores e princípios da comunidade				

(1) 80% em 2 categorias relacionadas; (2) IQR <1,00; (3) IQR= 1,00 e ≥60%.

4.2.2. SEGUNDA RODADA

O objetivo da segunda rodada foi validar os resultados obtidos para aquelas questões cujas opiniões se apresentaram com dissensos entre os participantes. Para isto, foram reapresentados os itens com 'baixo ou nenhum consenso', segundo o critério de De Loe e divergentes, segundo o IQR, conforme explicitado no item 3.2.2. Também foi apresentado um resumo dos resultados da primeira rodada como forma de *feedback* conforme preconiza o método Delphi de Políticas.

4.2.2.1. PARTICIPANTES

Na segunda rodada, foram consultados os mesmos participantes da primeira rodada. Foi enviado o questionário aos 75 participantes, porém retornaram 43, o que correspondeu a uma taxa de retorno de 67,7%.

Houve o predomínio, com relação às regiões de atuação, da região Sudeste com 46% , seguida da região Nordeste com 40%. Também houve predomínio de fisioterapeutas.

Em relação à titulação dos participantes do estudo, houve um predomínio de especialistas na área de saúde coletiva. Também houve a participação de graduados, de mestres, de doutores, de pós-doutores na área, com maior participação de especialistas na área de graduação, conforme demonstrado na Tabela 29.

Tabela 23. Perfil socioprofissional dos participantes da segunda rodada do Delphi de Políticas, Brasília, 2012.

Variáveis		f	%
Categorias profissionais	Profissionais	28	65,1
	Docentes	9	20,9
	Gestores	6	13,9
Regiões do país	Sudesde	20	46,5
	Nordeste	17	39,5
	Centro-Oeste	3	6,9
	Sul	2	4,6
	Norte	1	2,3
Formação Profissional	Fisioterapia	7	16,2
	Fonoaudiologia	6	13,9
	Educação Física	5	11,6
	Psicologia	5	11,6
	Terapia Ocupacional	5	11,6
	Nutrição	4	9,3
	Serviço Social	4	9,3
	Medicina	3	6,9
	Farmácia	3	6,9
	Enfermagem	1	4,6
Titulação	Especialização em áreas relacionadas a atenção primária	19	44,1
	Especialização nas áreas de formação	10	23,2
	Mestrado	6	13,9
	Doutorado	4	9,3
	Graduação	3	6,9
	Pós-doutorado	1	4,6

4.2.2.2. COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O PROCESSO DE TRABALHO NO NASF

Organizar o Cuidado

Na avaliação da viabilidade, permaneceu uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 24.

As habilidades reapresentadas – proporcionar cuidado integral e longitudinal e articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária– foram consideradas ‘muito viáveis’ por apenas 14% e 16,3%, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade – proporcionar cuidado integral e longitudinal – apresentou ‘médio consenso’, com percentual de categorias relacionadas de 72,1% e a habilidade – articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária – apresentou ‘baixo consenso’ com 58,2%.

Tabela 24. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência organizar o cuidado, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso
	MV	RV	PV	NV		
Proporcionar cuidado integral e longitudinal	14	58,1	23,3	4,7	72,1	Médio
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária	16,3	41,9	34,9	4,7	58,2	Nenhum

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Trabalhar de modo colaborativo

Na avaliação da viabilidade, permaneceu uma maior distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 25.

As habilidades rerepresentadas – realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF, pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF e compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF – foram consideradas ‘muito viáveis’ por 27,9%, 32,6% e 25,6%, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que as habilidades – realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF e compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF – apresentaram ‘médio consenso’, com percentual de categorias relacionadas de 74,4% e 72,1%, respectivamente, e a habilidade – pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF – apresentou ‘alto consenso’ com 88,4% do percentual de categorias relacionadas.

Tabela 25. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência trabalhar de modo colaborativo, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso De Loe
	MV	RV	PV	NV		
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF	27,9	46,5	18,6	7,0	74,4	Médio
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF	32,6	55,8	9,3	2,3	88,4	Alto
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF	25,6	46,5	23,3	4,7	72,1	Médio

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Realizar o diagnóstico da comunidade

Na avaliação da viabilidade, permaneceu a distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 26. A habilidade – realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia – foi considerada ‘muito viável’ por apenas 20,9% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, essa habilidade apresentou ‘baixo consenso’, com percentual de categorias relacionadas de 67,4%.

Tabela 26. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência realizar o diagnóstico da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso De Loe
	MV	RV	PV	NV		
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia	20,9	46,5	25,6	7,0	67,4	Baixo

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Planejar ações para a comunidade

Na avaliação da viabilidade, permaneceu a distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 27. Destaca-se a

habilidade –estabelecer estratégias para facilitar o acesso a rede de atenção– que foi considerada ‘muito viável’ por apenas 9,3% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, todas as habilidades rerepresentadas tiveram um ‘baixo consenso’.

Tabela 27. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência planejar as ações da comunidade, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso
	MV	RV	PV	NV		
Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade	25,6	34,9	34,9	4,7	60,5	Baixo
Avaliar os resultados das ações de saúde	20,9	44,2	27,9	7,0	65,1	Baixo
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção	9,3	58,1	30,2	2,3	67,4	Baixo

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Desenvolver ações intersetoriais

Na avaliação da viabilidade, permaneceu a distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 28. Destaca-se as habilidades rerepresentadas –atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade; reduzir as barreiras setoriais e desenvolver negociação com outros setores– que foram consideradas ‘muito viáveis’ por 14,0%; 11,6% e 20,9%, respectivamente.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade –atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade – apresentou ‘médio consenso’, com 72,1% de percentual de categorias relacionadas. A habilidade –reduzir as barreiras setoriais– obteve ‘nenhum consenso’, com 51,1% do percentual de categorias relacionadas e – desenvolver negociação com outros setores– apresentou ‘baixo consenso’, com percentual de categorias relacionadas de 67,4%.

Tabela 28. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência desenvolver ações intersetoriais, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso
	MV	RV	PV	NV		
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade	14,0	58,1	23,3	2,3	72,1	Médio
Reduzir as barreiras setoriais	11,6	39,5	41,9	2,3	51,1	Nenhum
Desenvolver negociação com outros setores	20,9	46,5	23,3	7,0	67,4	Baixo

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Fortalecer políticas públicas

Na avaliação da importância, a habilidade –ter formação política– foi considerada ‘muito importante’ por 60,5% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que esta habilidade apresentou ‘alto consenso’, com 83,8% de percentual de categorias relacionadas.

Tabela 29. Avaliação da importância pelo critério de De Loe para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso
	MI	RI	PI	NI		
Ter formação política	60,5	23,3	2,3	2,3	83,8	Alto

⁽¹⁾MI= Muito Importante; RI= Razoavelmente Importante; PI= Pouco Importante; NI= Nenhuma Importância.

Na avaliação da viabilidade, permaneceu a distribuição dos votos entre as categorias da escala de votação, conforme observado na Tabela 30. Destaca-se a habilidade – ter formação política – que foi considerada ‘muito viável’ por apenas 18,6% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que a habilidade ‘ter formação política’ apresentou ‘nenhum consenso’, com 48,8% de percentual de categorias relacionadas. A habilidade –apoiar a constituição de

conselhos- obteve ‘médio consenso’, com 72,1% do percentual de categorias relacionadas.

Tabela 30. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência fortalecer políticas públicas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso
	MV	RV	PV	NV		
Ter formação política	18,6	30,2	25,6	9,3	48,8	Nenhum
Apoiar constituição de conselhos	32,6	39,5	20,9	4,7	72,1	Médio

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Desenvolver ações educativas

Na avaliação da viabilidade, a habilidade – realizar treinamentos com profissionais da rede de serviços – foi considerada ‘muito viável’ por 58,1% dos participantes.

Com relação a avaliação pelo critério de De Loe, verificou-se que essa habilidade ter apresentou ‘alto consenso’ com 81,4% de percentual de categorias relacionadas.

Tabela 31. Avaliação da viabilidade pelo critério de De Loe para a competência desenvolver ações educativas, Brasília, 2012.

Habilidades	Distribuição ⁽¹⁾				De Loe	Consenso
	MV	RV	PV	NV		
Realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços	58,1	23,3	11,6	4,7	81,4	Alto

⁽¹⁾MV= Muito Viável; RV= Razoavelmente Viável; PV= Pouco Viável; NV= Nenhuma Viabilidade.

Atuar com as diferentes coletividades

Não foram reapresentadas nenhuma das habilidades referentes a essa competência pois, a avaliação da importância e da viabilidade não apresentaram dissensos.

No Quadro 18 apresenta-se a síntese das avaliações de todas as habilidades rerepresentadas na segunda rodada do Delphi de Políticas.

Quadro 18. Síntese do consenso relacionado às competências rerepresentadas na segunda rodada, pelo critério de De Loe, Brasília, 2012.

Competências	Habilidades	Importância	Viabilidade		
		De Loe	De Loe		
Organizar o cuidado	Proporcionar cuidado integral e longitudinal	Não foram rerepresentadas nenhuma das habilidades para esta escala de votação	Médio ⁽¹⁾		
	Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária		Nenhum ⁽²⁾		
Trabalhar de modo colaborativo	Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF		Médio ⁽¹⁾		
	Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF		Alto ⁽³⁾		
	Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF		Médio ⁽¹⁾		
Realizar diagnóstico da comunidade	Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia		Não foram rerepresentadas nenhuma das habilidades para esta escala de votação	Baixo ⁽⁴⁾	
Planejar as ações para a comunidade	Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade			Baixo ⁽⁴⁾	
	Avaliar os resultados das ações de saúde			Baixo ⁽⁴⁾	
	Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção			Baixo ⁽⁴⁾	
Desenvolver ações intersetoriais	Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade		Não foram rerepresentadas nenhuma das habilidades para esta escala de votação	Médio ⁽¹⁾	
	Reduzir as barreiras setoriais	Nenhum ⁽²⁾			
	Desenvolver negociação com outros setores	Baixo ⁽⁴⁾			
Desenvolver ações educativas	Realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços	Não foram rerepresentadas nenhuma das habilidades para esta escala de votação		Alto ⁽³⁾	
Fortalecer políticas públicas	Apoiar a constituição de conselhos			Alto ⁽³⁾	Médio ⁽¹⁾
	Ter formação política				Nenhum ⁽²⁾
Atuar com as diferentes coletividades	Não foram rerepresentadas nenhuma das habilidades desta competência				

(1) 70% de respostas em 2 categorias relacionadas; (2) menos de 60% de respostas em 2 categorias relacionadas; (3) 80% de respostas em 2 categorias relacionadas; (4) 60% de respostas em 2 categorias relacionadas.

4.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO

O objetivo desta etapa foi compreender melhor os dissensos apontados nas justificativas pelos participantes do estudo Delphi de Políticas.

4.3.1. ORGANIZAR O CUIDADO

Na análise das justificativas, os participantes apontaram vários elementos que entravariam o processo de viabilização das habilidades –proporcionar o cuidado integral e longitudinal e articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária.

Um dos pontos verificados, refere-se à necessidade de uma formação que possa preparar o profissional a trabalhar dentro das diretrizes da integralidade e da longitudinalidade.

Nesse aspecto, segundo as justificativas dos participantes, as universidades não estariam preparando os profissionais para o tipo de processo de trabalho exigido no cotidiano no NASF. Ademais, muitos profissionais iniciam suas atividades no NASF, sem o devido conhecimento para de sua atuação.

Neste aspecto, os participantes apontaram a necessidade de capacitações como uma maneira de formação no campo de atuação.

“É preciso capacitação desses profissionais, pois a grande maioria não é sensibilizada sobre essa questão na universidade, dificultando esse cuidado integral e longitudinal.” (S37)

“O cuidado integral e longitudinal dos usuários é viável, desde que o profissional do NASF saiba trabalhar(...) mas, a formação acadêmica dos profissionais atualmente não os prepara para atuar na integralidade e na longitudinalidade das ações e do cuidado.” (S16)

“As equipes NASF começam a desempenhar suas funções sem a devida capacitação acerca do seu trabalho.” (S45)

“É preciso capacitação desses profissionais, pois a grande maioria não são sensibilizados sobre essa questão.” (S11)

Outro ponto destacado pelos participantes, relaciona-se à dificuldade de integração entre as equipes do NASF e ESF. Os participantes acrescentaram ainda que o trabalho não tem sido estruturado dentro dos princípios do apoio matricial, conforme pode-se observar nos depoimentos.

“Não está havendo viabilidade devido a pouca integração da equipe NASF com as equipes de Saúde da família e, também pela pouca frequência do processo de trabalho estruturado no apoio matricial.” (S44)

“O formato matricial por vezes dificulta o acompanhamento longitudinal” (S13)

Outro ponto levantado pelos participantes é em relação às condições de trabalho. Assim, há relatos de que existe uma demanda que supera o quantitativo das equipes e uma rotatividade profissional dificulta o cuidado longitudinal.

“(…) temos a questão da rotatividade profissional que pode interferir ou dificultar muito o cuidado longitudinal.” (S22)

“(…) o cuidado longitudinal tem uma viabilidade razoável justamente pela maior interferência de fatores de condições de trabalho e, grande demanda (…)” (S67)

“Muito importante, porém, na atual conjuntura, pouco viável. Seria preciso ampliar o número de equipes e profissionais atuantes, e diminuir o número de pessoas cadastradas por equipe. Importante lembrar que, se trata de uma população adoecida, submetida a muitos determinantes sociais.” (S30)

Foi destacado pelos participantes em suas justificativas uma dificuldade em articular os níveis de atenção em saúde pois, muitas vezes, não há outros níveis no município. Os participantes chegaram a utilizar a expressão “buracos” para denotar essa ausência.

“Existem poucos casos no município de encaminhamentos com o uso da referência e de contrarreferência, devido à ausência atenção especializada no município.” (S33)

“A articulação não acontece, pois a rede ainda tem os seus 'buracos enormes', e os profissionais não estão muito dispostos na integração da rede.” (S39)

Os participantes afirmaram que existem dificuldades na articulação da rede de atenção, causada por questões relacionadas ao âmbito político. Além disso, também foi apontado que existe um desinteresse do gestor local em se construir a articulação das redes de atenção.

“Falta, na realidade, entendimento da necessidade de articulação da rede e, vontade política de realizar o projeto. Geralmente, esse tipo de ação fica sempre em segundo plano. No município onde trabalhamos, o próprio NASF fez a proposta de eventos para tentar articular a rede e, a coordenação geral de Atenção básica solicitou que aguardássemos um pouco até que fossem implementados alguns novos projetos no município, ou seja, só se pensa em arrumar o castelo depois que está todo ocupado, assim é mais difícil de ser organizado.” (S33)

“Essa articulação perpassa pela implicação da gestão local(…), bem como da gestão das unidades de saúde. Vejo poucos espaços que propiciem isso, estando os níveis extremamente desvinculados e, mesmo quando há algum espaço de articulação, esse não é aberto à participação dos trabalhadores

da APS, sobretudo do NASF. Muitas vezes, os profissionais do NASF acabam indo até outras unidades de saúde, mas não conseguem resolver muita coisa, pois essas não possuem espaços de diálogo, o que reforça a redução dessa articulação para um simples encaminhamento.(...)” (S11)

“É viável estabelecer essa articulação, depende da boa vontade dos atuantes para criar os meios, tais como: guias de referências e contrarreferência, reuniões periódicas com discussão de fluxo e casos...” (S55)

“Muitos serviços não estão ‘abertos’ a articulação, (...) devido às questões de ‘politicagens’, quando o governo estadual (neste caso atenção terciária) é oposição ao governo municipal (neste caso atenção primária e secundária), o trabalho em saúde torna-se um verdadeiro entrave. Além disso, os serviços que compõem a rede de atenção em saúde não estão disponíveis para o estabelecimento da parceria, descaracterizando os princípios doutrinários e organizativos do sistema.” (S44)

“Cada esfera ainda atua muito de forma centralizada...não há o respeito das diretrizes do SUS, o que dificulta inclusive o diálogo entre profissionais de NASF de um mesmo município (de territórios distintos)...A disputa política territorial é muito forte e, interfere nos resultados e intenções dessa articulação.” (S34)

Os participantes também relatam que existe dificuldades em manter a comunicação entre os níveis de atenção à saúde e apontam a ausência de mecanismos para esse fim. Fazem também sugestões que facilitariam esse processo. Destacam também que o gestor tem um papel importante no sentido de viabilizar essa comunicação.

“Faltam mecanismos que facilitem nossa comunicação, mas isto já vem sendo pensado nos locais onde atuei”. (S55)

“Em municípios de pequeno e médio porte, essa articulação é mais viável. Os profissionais se conhecem, participam de eventos e espaços de formação e, tem oportunidade de realizar uma comunicação mais efetiva. Em municípios de grande porte, essa comunicação precisa ser uma diretriz da gestão.” (S56)

“É muito importante e é viável, pois a equipe deve ter flexibilidade, estabelecer espaços para conversas com todos os níveis de atenção, não é difícil de acontecer, basta ter gestão participativa e com o olhar interdisciplinar.” (S9)

“Fóruns de discussão permanente, com estudo de casos são viáveis, definem fluxos e, organizam a rede de atenção.” (S67)

Foi observado nas justificativas, que os participantes entendem que a integralidade e a longitudinalidade dependem da articulação dos outros níveis de atenção, e a inexistência desses comprometeria o trabalho do NASF. Assim, o NASF

deixaria de cumprir seu papel de apoiador matricial e assumiria os outros cuidados da atenção especializada, podendo ocasionar uma atuação equivocada da equipe matricial.

“(..) ressalto a necessidade de apoio de outros serviços de atenção secundária, pois muitas necessidades de saúde devem ser acompanhadas por equipes especializadas e, não havendo ou havendo poucas referências para tal, o NASF acaba por ter que assumir um papel mais reabilitador, pela falta mesmo, desvirtuando, ou dificultando, a construção de novas práticas. (...) Neste sentido, acredito que é viável proporcionar cuidado longitudinal e integral, embora reconheça algumas dificuldades para a ampliação deste processo.” (S2)

4.3.2. TRABALHAR DE MODO COLABORATIVO

Na análise das justificativas, os participantes apontaram vários elementos que entravariam o processo de viabilização das habilidades – realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF, pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF, compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF

Considerando as justificativas, os participantes apontaram que as Equipes de Saúde da Família não têm a compreensão do processo de trabalho que deve ser desenvolvido pelo NASF. Neste aspecto, persiste a lógica do encaminhamento, da fragmentação do cuidado e da manutenção das ações curativas.

"Infelizmente, vejo que ainda falta nas ESF's certo esclarecimento sobre a função do NASF, uma vez que, poucas são as situações que chegam ao nosso conhecimento e acabamos ficando com uma ação basicamente curativa." (S44)

“Por mais que se tente explicar, as equipes continuam tentando fazer do NASF porta de entrada. É muito comum se tentar abrir agenda para as especialidades do NASF. Na grande maioria, não conseguimos realizar o projeto terapêutico singular, estudos de caso, etc. Há uma tentativa constante de "encaminhamento" de pacientes para os profissionais do NASF sem nenhum critério.” (S38)

Além da incompreensão por parte das ESF, os participantes também destacaram que, os próprios profissionais do NASF desconhecem o processo a ser desenvolvido com o apoio matricial. E, destacam que não há uma observância no

que se refere ao que é preconizado para as equipes de atenção básica, ocorrendo uma replicação do trabalho ambulatorial no NASF.

“Os desafios se relacionam com diferentes compreensões dos processos de trabalho, por parte dos profissionais envolvidos; mas acredito ser possível uma prática mais corresponsabilizada.” (S33)

“Há desconhecimento do trabalho do NASF no município onde atuo. O processo do trabalho do NASF está diretamente relacionado ao Apoio Matricial às ESF, no entanto, a maioria dos colegas de NASF não compreende a perspectiva do Apoio Matricial e, acaba focando o trabalho no atendimento ambulatorial, assim os profissionais fragmentam as ações de cuidado a saúde”. (S74)

"O 'caderno de atenção básica' é insuficiente para a compreensão do trabalho (operacionalização) do NASF, o que dificulta o entendimento da ESF e, de alguns profissionais do NASF, sobretudo aqueles que não apresentam perfil de saúde coletiva e, reduzem o trabalho do NASF a atendimentos ambulatoriais." (S67)

“O processo de trabalho, tanto das equipes de Saúde da Família quanto das equipes de NASF, não está seguindo as diretrizes nacionais da Estratégia de Saúde da Família. O atendimento fica centrado no acompanhamento ambulatorial” (S23)

Os participantes também relacionaram dificuldades no momento da implantação do NASF, e tentam justificar pelo fato de ser uma proposta recente e ainda pouco compreendida. Assim, destacam uma necessidade de repensar a inserção da equipe NASF e o esclarecimento do que seria o apoio matricial para a ESF.

“A resistência existiu no início da implantação no NASF, até que os profissionais da ESF, inclusive os ACS, entenderam melhor a proposta.” (S18)

“(…) filho novo é que tem que se adaptar ao ambiente para ser aceito. Acho que os profissionais do NASF, em sua maioria, vêm fazer seu trabalho independente do que as equipes escolham, julgue ou participe. Deve-se ser repensado o "chegar" da equipe do NASF. Porém, esse problema significa que não tem viabilidade. Tem viabilidade e muita, basta o profissional mudar de postura frente a uma equipe consolidada e uma estratégia respeitada a tantos anos.” (S21)

“Avalio que a dificuldade de integração se deve tanto o caráter recente da política, quanto a dificuldade de formação de vínculo entre NASF e ESF, principalmente pela quantidade de equipes de NASF para ESF. Outro aspecto, é a incompreensão do apoio matricial pelos profissionais da ESF e NASF.” (S28)

Outro ponto levantado, refere-se ao desinteresse enumerado por alguns participantes para a construção conjunta do processo de trabalho entre ESF e NASF

e, novamente, a falta de compreensão do processo de trabalho a ser realizado. Também foi evidenciada a dificuldade em se alinhar expectativas e objetivos de trabalho, e, a existência de uma inversão de papéis entre as equipes NASF e ESF.

“Ainda não fica evidente o nível de pactuação do trabalho que deve ser realizado no NASF.” (S1)

“Dificuldade de alinhar as expectativas e, os desejos de cada uma das equipes. Aquilo que se quer com o trabalho do outro. Esse é o maior desafio para que essa pactuação aconteça.” (S54)

“A maioria das equipes não realiza planejamento conjunto sistemático e, tem resistência em trabalhar conjuntamente com o NASF.” (S43)

“O interesse é baixo pela equipe de ESF em discutir o planejamento.” (S23)

“O planejamento conjunto não ocorre na maioria das vezes. Possuem a mentalidade de jogar os trabalhos a critério do NASF, ou seja, o NASF elabora e trabalha e o ESF apoia.” (S10)

A falta de tempo para o diálogo, a demanda das equipes, a falta de espaços para as interações entre equipes e, a sobrecarga de trabalho também foram apontados como entrave.

“A maior dificuldade é de organização das equipes de tempo e logística.” (S48)

“As reuniões entre NASF e ESF são pautadas na discussão de casos clínicos, o planejamento em conjunto das ações de saúde seriam ideais, no entanto, não há tempo disponível por ambas as equipes (...)” (S22)

“Acredito que ainda há muitos desafios nesse sentido: além da formação técnica dos profissionais, há questões relacionadas a demanda, tempo para atendimento e divisão de responsabilidades que tardarão a se resolverem.” (S37)

Outro ponto levantado entre os participantes e, que também constituiriam em uma dificuldade no relacionamento com outras categorias profissionais.

“Não há transparência sobre a formação das equipes NASF’s e, tampouco das ESF...as disputas persistem e, as dificuldades de recursos e de iniciativas governamentais impedem esse avanço. E a centralidade de poder nos médicos é outro aspecto bastante presente!” (S33)

“As equipes e os profissionais nunca estarão totalmente esclarecidos pois, o modelo compartilhado que se quer trabalhar vai contra o modelo tradicional mais fortalecido na formação das diferentes profissões de saúde e, ainda do poder e do controle medico e/ ou uniprofissional” (S4)

“Essa alternativa passa a ser um pouco menos viável pela rotatividade da equipe do NASF e, sua forma de trabalho (questiono o matriciamento quando se fala de compartilhar o cuidado). Acho que o problema é de ego e de relacionamento, treinamento não ensina isso.” (S66)

Os participantes relatam a dificuldade com o trabalho pautado na interdisciplinariedade relacionando essa dificuldade a uma formação acadêmica insuficiente.

“(…) O que vejo é uma falta de interesse de alguns profissionais e, o despreparo para o trabalho em equipe. A formação acadêmica não preza o trabalho coletivo e multidisciplinar, decorrendo de tal fato a dificuldade, principalmente por falta dos médicos, de interagir em equipe. Assim sendo, é necessário capacitar tanto a equipe do NASF quanto do ESF para o processo de trabalho coletivo.” (S1)

Mesmo com as dificuldades apontadas os participantes entendem a necessidade de maior integração e, de fortalecimento da relação entre ESF e NASF.

“É preciso fortalecer o vínculo entre ESF e NASF.” (S20)

“Necessidade de uma maior integração entre os membros da equipe.” (S33)

Também foi evidenciado a necessidade de uma prática reflexiva, de maneira a repensar as práticas.

“O desafio do NASF é justamente produzir relações cooperativas com as equipes para ampliar a capacidade de produção da integralidade. Então, esse não pode ser o argumento para não efetivar o trabalho!!! O que é preciso são boas estratégias para organizar o trabalho. É verdade que as ideias do apoio matricial e do apoio institucional ainda são pouco conhecidas e apropriadas. É verdade que os NASFs atuando desse modo requerem, eles mesmos, de espaços de educação permanente - para colocar sua própria prática em análise. Mas, há boas experiências concretizando essa responsabilização compartilhada - por exemplo na saúde mental - que podem ser apropriadas pelas equipes dos NASFs.” (S41)

4.3.3. REALIZAR O DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE

Na análise das justificativas, os participantes apontaram vários elementos que entravariam o processo de viabilização da habilidade – realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia.

Foi observado que há o entendimento da importância da epidemiologia, no entanto, em vários depoimentos, foi possível identificar que os participantes têm dificuldade em utilizá-la. Os obstáculos apontados foi o desconhecimento causado por ausência de formação e de prática que ocasiona o domínio insuficiente para utilização da epidemiologia.

“O diagnóstico dos perfis epidemiológicos da comunidade do território é muito importante para o trabalho de matriciamento, e deve ser desenvolvido pelos profissionais do NASF, embora nem sempre as equipes tenham condições e domínio para sua realização”. (S55)

“Temos um diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia que seria muito viável para desenvolver os projetos, porém, não temos conhecimento e nem ajuda para utilizá-lo. (...) Precisamos de uma capacitação técnica (teoria e pratica para lidar com esses dados)”. (S67)

“Falta formação em saúde coletiva/saúde da família para o uso da epidemiologia.” (S27)

“Pouca prática. Não tenho referência de curso e pessoas para capacitar”. (S29)

“Falta conhecimento para realizar o diagnóstico baseado na epidemiologia” (S47)

Além da falta de conhecimento, foi observado que os participantes têm dificuldades no acesso aos dados, pois esses não estão sendo disponibilizados, o que reflete no planejamento.

Ainda com relação aos dados, foi relatado pelos participantes que não há uma rotina de alimentação dos sistemas de informação, causando a produção de dados desatualizados e pouco confiáveis. Isso reflete no processo de trabalho do NASF pois, equipe fica desmotivada a utilizar os dados.

“Onde trabalho as equipe não tem conhecimento destes dados e, sempre que tentamos pedi-los as equipes não querem fazer pois, estão sobrecarregadas e sempre sem tempo.” (S19)

“Os dados no campo epidemiológico do município são desatualizados, pois não são alimentados os dados no sistema. Além disso, as equipes de Saúde da Família não utilizam os dados epidemiológicos no processo de trabalho.” (S29)

“No meu município existe uma grande dificuldade para realizar diagnóstico da comunidade, por conta das informações nos sites não serem precisas” (S7)

Ainda pôde-se verificar que os gestores não têm dado importância ao planejamento o que, de certa maneira, tem causado desmotivação em se trabalhar com as informações em saúde.

Acrescenta-se ainda que os participantes apontaram a inexistência de apoio, por parte das secretarias, para a capacitação dos profissionais e para utilização das ferramentas epidemiológicas, dificultando a produção de dados confiáveis.

“É pouco viável, dada a pouca importância que os gestores têm dado ao planejamento, há dificuldade de se obter informações detalhadas por região. A secretaria de saúde não prioriza trabalhar informação em saúde.” (S44)

“A maioria dos profissionais de minha equipe não possui formação em epidemiologia, e a secretaria de saúde não fornece apoio para que essa situação mude. Desta forma, mesmo entendendo a importância desta ação no cotidiano das práticas, acho pouco provável que dados confiáveis sejam produzidos, estando estes limitados a cálculos de prevalência.” (S31)

Também foi relatado pelos participantes que faltam profissionais da área administrativa que possam se responsabilizar pela análise estatística, já que a equipe teria outras atribuições a cumprir.

“Meu município é de pequeno porte, facilitando assim o acesso aos dados epidemiológicos, porém possui recursos humanos e materiais limitados.” (S11)

“(…) demanda tempo e pessoal capacitado para fazer a estatística. Para que isso se sucedesse, seria importante ter assistência administrativa, responsável pelo banco de dados, pois o profissional já fica ocupado com elaboração de material para grupos, visitas domiciliares, atendimentos individuais. Ou senão, terá que aumentar o número de profissionais. Ou ainda, que implante um sistema informatizado em que a produtividade manual (número de atendimento individual, visitas, grupos, faixas etárias, doenças) já seria preenchida no próprio sistema. O NASF não tem acesso nem ao prontuário eletrônico do paciente via sistema de informática...” (S10)

4.3.4. PLANEJAR AÇÕES PARA A COMUNIDADE

Na análise das justificativas, os participantes apontaram vários elementos que entravariam o processo de viabilização das habilidades – planejar ações que promovam mudanças, em conjunto com a comunidade; avaliar os resultados das ações de saúde; estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção.

Os participantes relataram que há uma dificuldade em realizar o planejamento. Os fatores apontados foram a falta de rotina de reuniões em conjunto

com a ESF e, quanto essa ocorrem têm conteúdo pouco produtivo, contribuindo, assim, para que os profissionais não compareçam às mesmas.

“Há muito boicote às reuniões de equipe. Quando acontecem, nem sempre são produtivas.” (S22)

“Temos poucas reuniões que com as ESF”. (S29)

Os participantes entendem a necessidade da inserção da comunidade no planejamento. No entanto, observou-se que esse processo ainda precisa ser construído. E apontam que as equipes têm pouca interação com a comunidade, ficando restritas às unidades básicas.

Além disso, os participantes atribuem a responsabilidade da inserção da comunidade no planejamento à gestão do município, afirmando que essa não motiva a participação da população nesse processo.

“A participação da comunidade no planejamento das ações precisa ser construído.” (S26)

“Pouca inserção da equipe no território. Um certo ‘enclausuramento’ nas Unidades de Saúde e pouca participação nos fóruns comunitários.” (S33)

“Não há integração da comunidade com as Equipes de Saúde da Família e Equipe NASF. A gestão do município não motiva e não facilita uma participação mais efetiva da comunidade no planejamento de ações coletivas de cuidado à saúde.” (S40)

Os participantes entendem que o NASF e ESF devem compreender a importância desta atuação conjunta e relatam que a própria equipe constitui um obstáculo na inserção da comunidade no planejamento.

Foi destacado que a falta de tempo e a necessidade de uma perspectiva quantitativa dos atendimentos da equipe pela gestão, seriam fatores que contribuiriam para que não houvesse uma participação mais ativa da comunidade.

“É preciso que as equipes de NASF e ESF entendam a importância da comunidade na definição das políticas locais de saúde.” (S4)

“A principal dificuldade de atuação junto à comunidade está na formação dos profissionais do NASF voltado para clínica individual, o que influencia o vínculo.” (S21)

“A comunidade, muitas vezes, mostra-se mais aberta a desenvolver um trabalho inovador e mobilizador do que as próprias equipes que não têm tempo e, já que são consumidas pela demanda

da população e, pela cobrança da gestão, que quer transformar as ações em números de atendimentos, numa perspectiva muito quantitativa e pouco qualitativa.” (S37)

Os participantes enfatizam a importância em se conhecer as necessidades da comunidade e de que as ações respeitem a cultura local.

No entanto, evidenciaram em muitos casos existe uma falta de diálogo com a população, de maneira que as ações são impostas, sem a devida observância às necessidades locais, apenas o cumprimento de metas.

“Quando se conhece o desejo da comunidade facilita bem mais o nosso trabalho.” (S69)

“Primeiro temos que saber se a comunidade quer mudar. Então não adianta eu tentar mudar questões culturais que posso ter insucesso na ação. (...) Mudanças ocorrem quando sua essência passa a fazer parte do lugar, do existir deste lugar, quando compõe sua ‘digital’”. (S39)

“As ações são impostas verticalmente....não se escuta a população, as visitas domiciliares por parte das equipes do ESF e do NASF acontecem com precariedade e, não dão prosseguimento as reivindicações/exigências/cobranças e, necessidades das comunidades....há na verdade o mero cumprimento de ações no atendimento das metas impostas pelo Ministério da Saúde.” (S48)

Outro ponto enfatizado pelos participantes é que não há a incorporação da avaliação das ações nas equipes. No entanto, os participantes entendem que essa necessita ser instituída no processo de trabalho das equipes do NASF.

Verificou-se, porém, que existe uma dificuldade em realizá-la. Observou-se que os participantes apontaram que a avaliação constitui um procedimento complexo, o que dificultaria a sua realização.

“Não há uma educação dos profissionais para a avaliação. É uma prática que precisa ser instituída.” (S20)

“Atualmente tenho buscado entender mais o que é a avaliação em saúde, e tenho percebido que esse assunto é extremamente complexo, e também demanda uma formação mais apurada para tal. Creio que nem os profissionais do NASF, nem os da ESF, tenham condições de fazer isso, a não ser questionando a satisfação dos usuários, (...).” (S10)

“Pouco se avalia as ações, o que leva a perda de tempo. Mudanças nas práticas e a garantia de tempo para o planejamento estratégico periódico, em conjunto ou não, com as equipes SF seria uma forma de resolver esse problema.” (S8)

“Diante da fragmentação do trabalho do NASF, não está havendo processos de avaliação acerca das poucas ações efetivadas.” (S2)

“Há necessidade de implantação da cultura de avaliação” (S75)

Outro ponto destacado, refere-se à impossibilidade para construção dos indicadores para avaliação das ações. Observou-se pelas justificativas que não existem indicadores para avaliação e os participantes apontam que há falta de tempo para a construção desses e para a discussão dos dados. Assim, foi destacado que cada um avalia de uma maneira diferente.

“Considero a falta de indicadores a maior dificuldade. Em segundo, a falta de reuniões das ESF e quando há, falta a presença do NASF.” (S29)

“A viabilidade é mínima. Não há existência de indicadores. Cada um avalia da sua forma.” (S22)

“A grande questão que inviabiliza essa competência é a falta de tempo para elaboração de indicadores, até mesmo espaço.” (S71)

“Falta de tempo para discussão dos dados nos NASF e entre o NASF e as equipes saúde da família.” (S44)

Com relação ao estabelecimento de estratégias para facilitar o acesso à rede, os participantes voltaram a relatar sobre a falta de outros níveis de atenção, assim como foi verificado na análise da competência – organizar o cuidado.

Acrescentou-se ainda que foi apontada dificuldade de se obter informações sobre a rede de atenção e, os serviços seriam pouco divulgados.

“Que rede? o que quer dizer com essa pergunta?” (S22)

“O maior desafio é a falta de equipamentos de saúde. Não há com quem articular, muitas vezes - é impossível facilitar acesso quando não há o que acessar.” (S28)

“Dificuldade para conhecer a rede: muitos serviços são poucos divulgados..” (S39)

“O que sabemos da rede do município veio praticamente por procura de informações do profissional. Conheço por exemplo 3 fonos que atuam nos níveis secundários e recorro a elas informalmente. Só houve até hoje um encontro com o pessoal do centro de reabilitação, mas precisaríamos ter com os outros locais da rede também de nível secundário.” (S39)

Com relação à rede de atenção e as estratégias para facilitar o acesso, os participantes entendem que seja uma habilidade que depende não apenas da equipe do NASF, mas do gestor.

Nesse aspecto, os participantes referem-se à “vontade política” como um facilitador do acesso à rede de atenção. Também enumeram estratégias desenvolvidas pela gestão local.

“Aqui as dificuldades são mais uma vez do nível de priorização e de vontade política. O que não depende simplesmente da equipe NASF por isso razoável.” (S49)

“Depende bastante da vontade da gestão pública.” (S11)

“Estamos passando por uma experiência em (...) que foi a realização de oficinas entre a atenção básica e a secundária, mas isso foi viável porque partiu de decisões de instâncias superiores.(...)”. (S19)

“Considero que em geral a rede de atenção está mal estruturada, mas a gestão atual do (...) vem trabalhando exatamente no sentido de fortalecer a atenção a saúde e a rede e, alguns mecanismos estão sendo pensados e poderão ser fortalecidos”. (S20)

4.3.5. DESENVOLVER AÇÕES INTERSETORIAIS

Na análise das justificativas, os participantes apontaram vários elementos que entravariam o processo de viabilização das habilidades – atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade; reduzir as barreiras setoriais; desenvolver negociação com outros setores.

Apesar de compreenderem a importância da interação com outros setores, foi verificado que a equipe tem dificuldades para estabelecer parcerias com os mesmos. Um dos pontos levantados é que o contato entre setores e equipe muitas vezes acontece em forma de encaminhamentos e com falta de responsabilização.

Os participantes também apontaram que os profissionais tem tempo insuficiente para que possam realizar a articulação com outros setores.

“Temos muito pouco contato com outros setores e, este é pontual e no sentido de ‘passar o caso’ em especial dos outros setores para nós.” (S22)

“Existem setores que ‘jogam’ responsabilidade e não querem estabelecer parcerias e resolutividade.” (S39)

“A maior dificuldade é o tempo e interesse dos profissionais nessa articulação” (S33)

Observou-se que os participantes entendem que a negociação é um processo ativo e complexo, que depende de interação entre os profissionais da equipe e os outros setores, e, da capacidade de ouvir e expor projetos.

“Desenvolver negociação com outros setores passa pela capacidade do profissional de interagir, se posicionar, vender a sua ideia, prós e contras de determinadas ações. Passa pela capacidade/habilidade de interação do profissional com os demais setores.” (S33)

“Trabalhar com pessoas é lidar com suas personalidades. E em alguns casos, a resistência é bastante grande” (S20)

“Para que algo seja negociado, tem que haver um consenso entre as suas partes.” (S71)

A dificuldade de interação com outros setores, seja na negociação quanto na atuação integrada, também é justificada pelas dificuldades em pactuar as divergências que podem existir entre setores e NASF.

“A dificuldade aqui está nas diferentes visões e objetivos que os equipamentos podem ter.” (S56)

Os participantes também referiram empecilhos de natureza político-partidária.

Outro ponto também levantado pelos participantes, refere-se ao entendimento de alguns profissionais, e, também de alguns setores, de que os problemas de saúde dependeria apenas desse setor, desconhecendo o processo de intersetorialidade.

“Pois as relações/acordos político-partidários (os partidos) são quem distribuem as cartas nos setores existentes.” (S3)

“Penso que a possibilidade desse compartilhamento é uma realidade e uma necessidade, mas que não tem se efetivado na prática. Justamente porque, tanto os setores da saúde como os setores extra saúde, entendem a saúde como um processo que, para ser alcançado, só precisa do próprio setor saúde. Arelado a este fator, ainda temos uma forte dispersão de recursos que envolvem corrupção e jogada político-partidárias, que só podem ser enfrentadas com um forte engajamento político da comunidade e dos trabalhadores em saúde.” (S1)

Em várias justificativas, foi observado que os participantes têm o entendimento de que a construção da intersetorialidade constitui uma diretriz da gestão, sendo que alguns referiram ser uma competência que dependeria mais de instâncias superiores e não da equipe do NASF.

“Precisa fazer parte do processo de trabalho e ser uma diretriz da gestão municipal.” (S20)

“Há pouca interação com outros setores, ainda está em processo de construção. Primeiro o NASF está tentando fortalecer a interação com o próprio setor. É um processo iniciando com os gestores.” (S8)

“Que tarefa difícil. Depende mais da gestão do que da equipe” (S21)

“Reduzir as barreiras setoriais está mais na competência das instâncias superiores, coordenadores do NASF com as demais gerências.” (S30)

Apesar das dificuldades apontadas, alguns participantes demonstraram claro entendimento do processo de intersectorialidade e, inclusive, indicaram sugestões para a construção desse processo.

“Reduzimos barreiras setoriais quando chegamos em outros setores e tentamos compartilhar e propor ações conjuntas. Assim, só reduziremos esta dificuldade quando sairmos do nosso quadrado, parar de olhar para o nosso umbigo e, deixar de ficar esperando pelo outros. Nós que temos que reduzir barreiras, pois somos uma delas.” (S10)

“Penso que aqui novas experiências têm que ser planejadas, a exemplos de feiras de saúde, do convite para cursos e palestras a estes setores, de visitas da equipe NASF na realização das atividades destes setores etc.” (S27)

4.3.6. FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS

Na análise das justificativas, os participantes apontaram vários elementos que entravariam o processo de viabilização das habilidades – ter formação política e apoiar constituição de conselhos.

Foi observado que alguns participantes entendem a importância da formação política para a construção de uma visão crítica e a amplitude do conceito.

“É importante um olhar crítico para a realidade, não digo político no sentido partidário, mas conhecer os direitos humanos e de cidadania, por exemplo.” (S48)

“Ha necessidade de esclarecer para todos os envolvidos no processo de trabalho do NASF, o conceito e amplitude da palavra política”. (S55)

“Formação política no sentido de uma visão crítica, diferentemente de filiação a partido político e de ‘politicagem’”. (S72)

“Para um bom funcionamento da equipe é importante que os profissionais tenham boa formação política. A defesa do SUS, dos direitos sociais da comunidade, dos princípios de equidade, eficácia, eficiência são melhor compreendida quando temos formação política.” (S48)

“É muito importante reconhecer a dimensão política das ações de saúde, da organização do trabalho e de todas as questões que envolvem os profissionais, as equipes e o processo saúde doença dos usuários e população” (S33)

No entanto, foi identificado também nas justificativas que alguns participantes apresentam certa confusão provocada pelo termo “política”, interpretando-o como algo relacionado a partidos, conforme observado a seguir.

“Militância não pode ser pré-requisito para a efetivação do trabalho no SUS, mas tem sido uma constante. Se não fosse pela militância, não conseguiríamos tirar leite de pedra, alcançando resultados bons, considerando os recursos disponíveis. Assim sendo, neste caso, a formação política favorece a atuação dos trabalhadores dos NASF.” (S70)

“(…) desde a 1ª capacitação com os profissionais colocamos a necessidade de termos ambientes não partidários nos locais de trabalho”.(S26)

“A preocupação é não se envolver em partido, pois somos efetivos. Os contratados não o querem com medo se serem demitidos e os efetivos, com medo de perseguição. (...) Essa articulação política a meu ver é muito difícil, pois há muito jogo de poder.” (S38)

“(…) ‘politicagem’ impede a formação política comprometida com os valores éticos e os princípios do sistema.” (S67)

Outro ponto levantado, relaciona-se às deficiências na graduação que não estimula o profissional a buscar o entendimento das políticas de saúde e do SUS.

“Falta de formação política ainda na graduação e, entendimento do quanto o SUS (logo, o NASF), enquanto política pública de saúde, guarda relação íntima com as transformações sociais, bem como noção da teoria da determinação social das doenças - base da teoria sanitária brasileira.” (S73)

“A formação pouco estimula o conhecimento das políticas.” (S6)

Verificou-se também os participantes entendem a importância ao estímulo e à participação na constituição de conselhos, porém, a operacionalização dessa habilidade ficaria prejudicada em função a impossibilidade da formação do vínculo, apontado pelos participantes como algo fundamental.

“Trabalhar com a participação no controle social exige vínculo com a comunidade” (S37)

“Como ficamos um dia em cada unidade, assim, esse apoio fica muito ‘superficial’.”(S10)

“Acho que essa tarefa é fundamental, mas pela organização do NASF, se torna inviável ou pouco viável pelo tempo em cada um dos territórios de sua responsabilidade, já que não consegue estabelecer vínculos ótimos com a comunidade para desenvolver essa tarefa com excelência.” (S24)

“Devido ao fato do NASF ser uma equipe de apoio e dividir-se em mais de um núcleo de assistência, (tem profissionais que são responsáveis por três ou mais unidades de saúde), como estabelecer vínculo com a população?.” (S32)

Outro ponto levantado pelos participantes, refere-se às questões políticas ou, novamente apontado, aos interesses político-partidários, que prejudicam a atuação da equipe no que se refere ao apoio à constituição de conselhos.

Também foi evidenciado pelos participantes que a existe um desinteresse da população em constituir conselhos.

“Baixa aderência pela população na constituição de conselhos.” (S34)

“A viabilidade irá depender das disputas/forças políticas (relações de poder impostas e construídas).” (S22)

“O conselho é um dos instrumentos para a participação da população, e pode estar sujeito a dificuldades com horários e interesses políticos (inclusive do próprio gestor)”. (S43)

“A grande dificuldade, em minha opinião, se relaciona a pressões políticas que o profissional pode sofrer apoiando a ação dos conselhos.” (S56)

(Apoiar a constituição de conselhos de saúde) “É importante desde que não apenas para atender interesses de controle do governo e partidários...mas garantir o espaço da população de fato!” (S67)

4.3.7. DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS

Na análise das justificativas, foi observado que, na maioria dos depoimentos, os participantes não apontaram entraves para a habilidade – realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços.

Percebeu-se que os participantes não entenderam a habilidade como uma ação a ser proferida pelos profissionais do NASF. Os participantes trouxeram para a discussão questões relacionadas aos treinamentos recebidos pelas equipes.

Na análise das justificativas, observou-se que existe dificuldade em articular a teoria recebidas com os treinamento, com a prática nos serviços de saúde, de maneira que muitos desses são descontextualizados.

Também há o entendimento dos participantes de que o estabelecimento de treinamentos e seus cronogramas, constituem uma responsabilidade do gestor.

“Tive várias oportunidades de treinamentos e de atividades de educação permanente. A dificuldade maior está em utilizar esses conhecimentos para o serviço.” (S74)

“Vejo muitos treinamentos sendo realizados sem qualquer contextualização. Esses devem atender às demandas dos trabalhadores e, que não devem ser impostos e nem apresentados verticalmente....” (S33)

“Já existem muitos treinamentos, a questão é sua articulação com a realidade, seus objetivos e aplicabilidade no cotidiano.” (S17)

“Depende da vontade política o planejamento de treinamentos e o estabelecimento de cronogramas de treinamentos.” (S48)

Outros aspectos apontados, referem-se ao processo de educação em saúde para a comunidade. Os participantes enfatizaram algumas ações e apontaram sugestões que são realizadas em suas equipes.

“Visitamos mensalmente as áreas de trabalhos dos homens como sapatarias, praças de moto taxistas, borracharia etc., fazendo a Saúde do homem, tentando levar esse usuário às unidades de saúde.” (S49)

“(...) trabalhar com grupos, sabendo manejá-los, considerando-o em suas diversas dimensões: cognitivas, atitudinais, psíquicas etc.” (S57)

4.3.8. ATUAR COM AS DIFERENTES COLETIVIDADES

Na análise das justificativas foi observada que esta competência se apresenta muito clara entre os participantes, não sendo apontada nenhuma dificuldade para

sua operacionalização. Os participantes entendem que o respeito aos valores e à cultura é importante para a promoção de saúde.

“Base para se prevenir e promover a saúde.” (S44)

“Essencial para se atingir a população adscrita.” (S68)

“Conhecer, respeitar e dividir os saberes.” (S9)

“Do que conhecemos da população, procuramos respeitar seus valores. (..) já conhecemos um pouco sua forma de pensar e agir.” (S2)

5. DISCUSSÃO

O presente estudo investigou as competências profissionais construídas com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O estudo foi realizado em três etapas: 1) etapa exploratória; 2) Delphi de Políticas; e, 3) análise de conteúdo das justificativas.

Na etapa exploratória, foram identificadas oito competências, a saber: 1) organizar o cuidado; 2) trabalhar de modo colaborativo; 3) realizar diagnóstico da comunidade; 4) planejar as ações da comunidade; 5) desenvolver ações intersetoriais; 6) desenvolver ações educativas; 7) fortalecer as políticas; e 8) atuar em diferentes coletividades. Essas competências nortearão a discussão a seguir.

Com relação aos resultados encontrados e relacionados à competência **organizar o cuidado**, identificou-se cinco habilidades na etapa exploratória: 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.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes atribuíram importância a todas as habilidades identificadas na etapa exploratória. A viabilidade, porém, não foi consensual na primeira rodada concernente às habilidades: 1) proporcionar o cuidado integral e longitudinal; e, 2) articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Na segunda rodada, foi confirmado o dissenso apenas para a segunda habilidade citada – articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária – o que sugere algum grau de dificuldade na sua operacionalização.

Com relação à análise de conteúdo, os resultados apontaram para uma compreensão mais aprofundada das habilidades que apresentaram dissensos. Assim, os principais aspectos apontados foram: 1) indisponibilidade de outros níveis de atenção na rede; 2) formação universitária não prepara para a atuação

profissional visando à integralidade e longitudinalidade; 3) o trabalho não está organizado dentro dos princípios do apoio matricial e; 4) alta demanda de trabalho e rotatividade profissional.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do SUS, exigindo assim que o cuidado seja organizado e o NASF deva atuar em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família para atender as necessidades dos usuários(108).

Nesse aspecto, o acolhimento dos usuários, enfatizado pelos sujeitos desse estudo, propõe-se a concretizar a missão da atenção primária de ser a porta de entrada do sistema, de maneira à atender a demanda espontânea e à ampliar o acesso(19)(109).

Assim, o acolhimento constitui um mecanismo para trabalhar com os imprevistos frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde(110). Envolve uma visão humana, empática e respeitosa, com avaliação de riscos e vulnerabilidades, e, hierarquização de prioridades de acordo com as necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais(110).

Diretrizes para o acolhimento dos usuários, publicadas pelo Ministério da Saúde, enfatizam que a equipe do NASF pode (e deve) participar desse processo de maneira à ampliar a capacidade de cuidado das ESF, tanto nas situações de demanda espontânea, como por meio da participação em atividades relativas ao fluxo dos usuários(111).

Na maioria dos casos, a demanda da população pode ser acolhida e satisfeita na atenção básica e, em outros casos, as situações podem exigir continuidade em outro nível do sistema(111). Desta maneira, é importante que ocorra a articulação dos níveis de atenção, de maneira que o cuidado seja coordenado, e que as ações sejam percebidas pelo usuário como contínuas(112)(113).

Assim, a existência de uma rede, que seja integrada, constitui condição para que o alcance da integralidade e da longitudinalidade, construindo assim, uma relação intrínseca entre pacientes e os profissionais que os assistem e, que se estende para além dos episódios da doença(110)(113).

Observou-se que os participantes enfatizaram que nem sempre há uma rede disponível para ser articulada e utilizam a expressão “buracos na rede” para denotar esta situação.

Desta maneira, o projeto de saúde no território, uma das ferramentas para o processo de trabalho do NASF, constitui uma estratégia para organizar o processo de trabalho, onde se procura articular os serviços, tanto interno quanto externo ao setor de saúde, visando à produção de ações de promoção, de reabilitação e de cura no território(108).

Entretanto, quando não há comunicação fluída entre os sistemas de apoio, a atenção secundária e terciária, com atenção primária saúde, essa última não pode exercitar seu papel na coordenação do cuidado(114).

Há de se destacar que, para que ocorra a operacionalização do apoio matricial, deve-se observar um conjunto de condições, entre as quais se destacam o número e a qualificação dos profissionais da equipe; uma rede de serviços disponível; organização dos processos de trabalho, como agendas e fluxos de atenção (115).

Assim, observa-se que as habilidades enumeradas pelos participantes acerca da competência – organizar o cuidado – são complementares e evitam a fragmentação do cuidado, concretizando a missão da atenção primária(114).

Além das dificuldades apontadas, os participantes também fizeram críticas relacionadas à formação acadêmica, onde destacaram que essa não prepararia os profissionais de saúde para atuar dentro dos princípios da integralidade e na construção da longitudinalidade.

Há de se lembrar que o NASF constitui uma proposta recente, criada em 2008, e a proposta do apoio matricial insere um novo arranjo organizacional que ainda não está totalmente esclarecido, conforme apontado pelos participantes do presente estudo.

Nesse aspecto, ressalta-se o processo de implantação do NASF está ocorrendo à semelhança do que ocorreu com as ESF, ou seja, está acontecendo ao mesmo tempo em que este já deveria estar operando, de maneira que a formação

universitária e as capacitações, infelizmente, ainda não estão conseguindo abarcar todas as necessidades(116), conforme detectado nos depoimentos.

O que a literatura recomenda é que sejam criados espaços para propostas de modificações do processo de trabalho, discussão de concepções, métodos e procedimentos de trabalho, estimulando o aumento da autonomia e do poder de decisão dos trabalhadores e fazendo com que as organizações também se tornem espaços formativos(117).

Existiria então um espaço coletivo de formação e também de cogestão, onde seriam trabalhados temas de interesse comum, análise, discussão, interpretação, deliberação, contrato conjunto e definição de tarefas(118). Assim, é necessário, também, que haja disponibilidades pessoais e institucionais de todos os envolvidos, pois, uma equipe que não disponibiliza momentos de encontros e que não se reúne, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial(115).Essas condições, infelizmente, foram apontadas pelos participantes do presente estudo como dificuldades no cotidiano do trabalho da equipe NASF.

Desta forma, a compreensão do apoio matricial, dificuldade apontada pelos participantes, se tornaria mais claro entre as equipes ESF e NASF, de maneira que os profissionais possam entender que este arranjo organizacional favorece a longitudinalidade na medida em que pretende alterar esta lógica tradicional do encaminhamento, promovendo assim, a continuidade do cuidado(119). Constitui uma ideia de relação interprofissional em rede(118).

Também foram pontuadas, em ambas as rodadas, uma demanda que supera o quantitativo das equipes NASF e uma rotatividade profissional. Essas questões conflituosas apontadas pelos participantes e que estão presentes na realidade do trabalho do NASF, podem advir da grande carência da população por atendimento em saúde, da cultura das práticas curativas, das limitações existentes nos demais níveis de atenção e da rede de saúde como um todo para suprir as demandas e dar continuidade às ações iniciadas(116), conforme aparece nos depoimentos.

Com relação aos resultados encontrados e relacionados à competência **trabalhar de modo colaborativo**, identificou-se 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.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes atribuíram importância a todas as habilidades identificadas na etapa exploratória. A viabilidade, porém, não foi consensual na primeira rodada no que concerne às habilidades: 1) realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF; 2) pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF; 3) compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF. Na segunda rodada, os participantes consideraram as habilidades rerepresentadas como viáveis.

Com relação à análise de conteúdo, os resultados apontaram para uma compreensão mais aprofundada das habilidades não consensuais. Assim, os principais aspectos apontados foram: 1) relações baseadas na historicidade das profissões o que mantém relação hierarquizada e verticalizada; 2) críticas quanto à formação universitária não trabalhar a interdisciplinaridade.

Observou-se que os participantes consideraram essa competência transversal, ou seja, uma prática que deve estar ao alcance de todas as diretrizes do NASF.

O trabalho interdisciplinar colaborativo constitui uma modalidade de trabalho em equipe, onde são exigidas habilidades dos profissionais para atuar com objetivos comuns, de maneira dinâmica, participativa, com interdependência, com horizontalidade e com responsabilidade compartilhada(65)(120).

Nesse contexto, os diferentes profissionais da equipe tornam-se parceiros na tomada de decisão sobre as questões de saúde, favorecendo a integralidade e reduzindo a fragmentação do cuidado(120)(121)(122).

Nesse aspecto, a reunião de conhecimentos, de experiências e de habilidades dos vários membros da equipe constitui elemento chave na concepção do trabalho colaborativo(120).

Neste aspecto, foi observado que os participantes entendem a importância do trabalho interdisciplinar proposto pelo NASF, em que se remete a responsabilidade do cuidado integral a todos os profissionais envolvidos, em que o usuário deixa de estar na dimensão do “meu”, para entrar na dimensão “nossa”(109).

Observou-se, no entanto, que há dificuldades para a operacionalização plena desta competência. Um dos pontos levantados pelos participantes é a dificuldade em atuar com outras categorias profissionais que constituem um resultado da própria história das profissões, que impõe a divisão do trabalho e a fronteiras entre os grupos, na maneira de conceber as relações interprofissionais(123).

Neste contexto, há de se observar que a literatura aponta a hegemonia do médico no trabalho em saúde como um fator que contribui para a manutenção de um modelo assistencial fragmentado, centrado apenas em procedimentos e descompromissado com o usuário(123).

Assim, é importante refletir sobre o caminho em que deve caminhar o trabalho em saúde no contexto do NASF. A literatura aponta que o sentido a ser percorrido é o de práticas interdisciplinares, com objetivo de ampliar a qualidade da atenção à saúde, de maneira a construir novas formas de agir em saúde(123).

Nesse aspecto, considera-se condição necessária conhecer o trabalho do outro, para que a colaboração se desenvolva(123). E, para que se construa este conhecimento, destaca-se o diálogo, que desponta como uma forma de reorganizar a forma de contato entre as equipes NASF e ESF, facilitando a pactuação e a corresponsabilidade(124). Se o diálogo não ocorre dificilmente haverá a possibilidade de ocorrer o apoio matricial(124)

Assim, essa reorganização da forma de contato entre as equipes NASF e ESF, é necessária para que a lógica do encaminhamento sem responsabilização seja superada(119). Logo, a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e a ESF prevê a revisão da prática do encaminhamento, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal(1).

Destaca-se, então, que a aproximação das equipes ESF e NASF, por meio do diálogo e a identificação de diversas lógicas profissionais, pode facilitar a resolução das dificuldades encontradas na concretização do apoio(123)

Nesse contexto, o desenvolvimento de competências que enfoquem as relações interpessoais deve estar incluso na formação do profissional, conforme referenciado pelos participantes(48). Acrescenta-se ainda que os currículos devem utilizar recursos pedagógicos, com metodologias ativas de ensino e que favoreçam aos estudantes o desenvolvimento de habilidades, que vão além das técnicas, e contemplem os aspectos relacionais(55).

Outro ponto a se destacar é que também deve fazer parte da agenda de mudanças nas graduações de saúde, a construção de competências comuns às profissões de saúde que compõe o NASF, para que os profissionais saibam quando, como, e para que devem se articular e como se posicionar em espaços diferentes de hospitais e de ambulatórios(53).

Essas mudanças no processo formativo podem levar a uma organização do processo de trabalho que motive a interdisciplinaridade, de maneira que aproveite a diversidade das formações profissionais e favoreça a construção da lógica do apoio matricial proposta pelo NASF(125).

Com relação aos resultados encontrados relacionados à competência **realizar o diagnóstico da comunidade**, identificou-se seis habilidades na etapa exploratória: 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.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes atribuíram importância a todas as habilidades sendo então confirmadas as habilidades encontradas na etapa preparatória. Na análise da viabilidade observou que o ponto de maior divergência, tanto na primeira quanto na segunda rodada, foi em relação à habilidade – realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia.

Com relação à análise de conteúdo, os participantes destacaram como entraves à operacionalização dessa habilidade: 1) dados pouco confiáveis pela falta de alimentação dos bancos de dados; 2) dificuldade de acesso e de utilização dos

dados existentes; 3) falta de recursos humanos e materiais; e, 4) falta de apoio para capacitações para uso da epidemiologia.

A literatura destaca que, quando se discute a reorganização das práticas de saúde, as ações necessárias e inevitáveis a serem realizadas pelos profissionais envolvidos neste processo é – a identificação das necessidades de saúde da população, das fragilidades, das potencialidades e dos riscos de saúde de um dado território(126).

Para tal, considera-se necessário a complementaridade de vários saberes pois, o território constitui um espaço complexo que inclui a cultura, os valores e os desejos individuais e coletivos daqueles que procuram os serviços de saúde(126)(127).

Dentre esses saberes destaca-se, a epidemiologia que constitui um instrumento fundamental na prática das equipes de atenção básica, entendendo que boas informações contribuem para a vigilância epidemiológica, para a investigação causal dos problemas prioritários e para a avaliação dos serviços, das tecnologias e das ações(19)(112)(127)(128).

Nesse contexto, a literatura recomenda que a utilização de informações epidemiológicas deve anteceder qualquer intervenção, sendo considerada uma atividade intrínseca ao planejamento e vital para que as ações de saúde tenham um resultado esperado(19)(65)(129)(130)(131).

Nesse aspecto, quanto maior a capacidade explicativa dos fatores que interferem no estado de saúde de uma comunidade, tanto maior será a capacidade de formular alternativas que possam solucionar os problemas e atender às necessidades de saúde da população(126).

Assim, é importante que os dados sejam sistematicamente atualizados e utilizados, o que inclui o cadastramento das famílias e dos indivíduos, o conhecimento dos equipamentos sociais disponíveis, bem como, os demais níveis de atenção(1). Destaca-se também que, com relação aos agravos, o Brasil enfrenta novos desafios, devendo não apenas atualizar dos dados de mortalidade, mas também incluir o registro de morbidades, incluindo aí atendimentos ambulatoriais e hospitalizações(132).

Essa incorporação do uso das informações na rotina de trabalho, constitui um elemento importante e uma atribuição dos profissionais da atenção básica para o melhor planejamento local(1). Nesse aspecto, boas informações constituem a base do planejamento de saúde, ou seja, para o processo decisório e para a definição das prioridades, principalmente quando se trata de um contexto diversificado como o do Brasil(132).

Infelizmente, o que se observou é que, mesmo diante da importância reconhecida do uso da epidemiologia pelos participantes do presente estudo, as informações não estão sendo utilizadas no processo de decisão no cotidiano de trabalho das equipes.

Os fatores que contribuem para a subutilização das informações e que interferem em sua na qualidade, foram apontados na literatura. Dentre eles destacam-se: 1) conhecimento insuficiente da diversidade dos bancos de dados existentes; 2) complexidade dos dados; 3) insuficiência de recursos humanos qualificados; 4) falta de padronização dos procedimentos de coleta, de análise e de divulgação dos dados; e, 5) dificuldade no acesso às informações(128)(133).

Além dos fatores supracitados, o desconhecimento das ferramentas epidemiológicas influencia o seu pouco uso(134). Assim, demanda de conhecimento, relacionada à epidemiologia, tem se constituído um desafio para as áreas profissionais do NASF, principalmente frente às modificações dos problemas de saúde da comunidade(134).

Nesse aspecto, muitas capacitações, com o objetivo restrito atender a celeridade imposta de conhecimento, estão sendo alicerçadas em modelos pedagógicos imediatistas, com cursos fragmentados e pouco articulados com as necessidades locais(134).

Infelizmente, é uma realidade dos serviços de saúde e, acrescenta-se ainda, que existe um estímulo insuficiente ou, por vezes, inexistente para que os profissionais das equipes se comprometam a capacitar-se, seja por instabilidade da inserção profissional com contratos temporários, seja por planos de carreira que não motivam a continuação da qualificação(134).

Nesse aspecto, coloca-se que uma formação em epidemiologia deve utilizar modelos pedagógicos de aprendizagem ativa, fundamentados na criatividade, na postura crítico-reflexiva e contextualizados com a realidade local. Também é importante que gestores sejam sensibilizados para o uso da epidemiologia como ferramenta de gestão(134).

Com relação aos resultados encontrados relacionados à competência **planejar ação para a comunidade**, na etapa exploratória identificou-se 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.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes atribuíram importância a todas as habilidades identificadas na etapa exploratória. A viabilidade, porém, não foi consensual na primeira rodada concernente às habilidades: 1) planejar ações que promovam mudanças na comunidade em conjunto com a comunidade; 2) avaliar os resultados das ações em saúde; 3) estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção. Na segunda rodada, foi confirmado o dissenso em todas as habilidades citadas.

Na análise de conteúdo, vários aspectos foram apontados favorecendo uma compreensão mais aprofundada dos dissensos encontrados nas habilidades não consensuais, destacando: 1) falta de rotina de planejamento conjunto com a ESF e reuniões com conteúdo pouco produtivo; 2) dificuldade de construção do vínculo com a comunidade; 3) ações impostas sem observar as necessidades da comunidade; 4) falta de rotina e desconhecimento dos instrumentos de avaliação; 5) indisponibilidade de indicadores; 6) falta de outros níveis de atenção dificultando o estabelecimento de estratégia.

O planejamento consiste na decisão antecipada das prioridades de mudanças, em condições que possam interferir de maneira insatisfatória na atualidade ou em tempo futuro(135). E, deve ser elaborado a partir de situações-problema identificadas, não apenas pelos profissionais da equipe, mas também,

pelos usuários de maneira a favorecer a cumplicidade e o compromisso desses com as ações de saúde(136).

Assim, o planejamento deve ser feito de maneira participativa não sendo exclusividade para os “planejadores”, e sim, deve ser realizado entre gestores, usuários e profissionais, com a organização da agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe(1)(137).

Nesse aspecto, é necessário eliminar as barreiras organizacionais, econômicas e socioculturais, de maneira a inserir a comunidade no processo de planejamento, favorecendo assim, maior participação e utilização do sistema e dos serviços de saúde, de acordo com as suas necessidades(19).

Essa forma de planejar cria uma nova cultura de compromisso com a instituição e uma melhor compreensão dos anseios dos outros atores envolvidos(137). Resulta também em uma transformação das relações entre profissional-usuário, favorece a criação de vínculos e o estabelecimento da corresponsabilidade(138).

Infelizmente, além da dificuldade em inserir o usuário nesse processo, os participantes apontaram problemas relacionados à rotina de planejamento.

Assim, identificou-se que não há regularidade nas reuniões e quando essas ocorrem são esvaziadas, ou seja, não estão ocorrendo a elaboração de planos de maneira sistemática entre gestores, equipes e usuários, problemas também apontados na literatura(136)(139).

Deve-se observar que o planejamento constitui uma atribuição das equipes de atenção básica em seu processo de trabalho(1). Assim, considera-se necessário que o planejamento seja realizado de maneira sistemática, com a identificação de prioridades de intervenção, baseado nas necessidades de saúde locais e com estabelecimento de possíveis soluções de prováveis problemas, bem como os responsáveis para execução das ações(135)(139).

Essa falta de rotina no planejamento dificulta não apenas a elaboração de planos, como também a avaliação para o aprimoramento das estratégias de ação(140)(141).

Existe um consenso de que decisões devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, de maneira a readaptar o planejamento em função dos resultados obtidos(142). Assim, a literatura defende que, em todos os níveis do sistema de saúde, devem institucionalizar a avaliação, para que se tenha decisões baseadas em evidências que acompanhem o processo de planejamento e de gestão, das políticas e dos programas(142).

Assim, para se tomar decisões de planos e de ações de saúde há a necessidade de que ocorra, de maneira sistemática, julgamentos da sua eficácia, eficiência e efetividade(141). Uma prática avaliativa inserida nos serviços de saúde constitui subsídio para o desenvolvimento de atividades de qualidade e compatíveis com a realidade local(141).

Há de se observar, no entanto, que não basta apenas institucionalizar a avaliação, é necessário observar se as informações e os julgamentos produzidos pela avaliação têm a capacidade de auxiliar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho das equipes(142).

Acrescenta-se ainda que a avaliação deve deixar de ser concebida com caráter prescritivo, burocrático e punitivo, para ser subsidiária do planejamento e da gestão, deixando assim, de ser um desafio imposto aos profissionais de saúde(143)(144).

Assim, é importante que ocorra uma formação que permita com que os membros da equipe NASF possam apreender a complexidade da avaliação, favorecendo a construção do conhecimento por parte dos profissionais, e fazendo com que essa saia do estado incipiente em que se encontra(141)(142).

Infelizmente, a falta de indicadores e a dificuldade na construção dos mesmos, devido a falta de tempo e à demanda das equipes, também foram apontados pelos participantes como uma dificuldade em se instituir a prática avaliativa.

Ressalta-se, portanto, que quando não há indicadores estes devem ser construídos, porém constitui um processo de complexidade variável, que demanda tempo, dificuldade apontada pelos participantes, e pressupõem sistemas de

informação de qualidade, um desafio já que estes ainda são muito incipientes na produção de dados confiáveis conforme já relatado anteriormente(144).

Assim, informações, além de serem importantes para o processo avaliativo, são também fundamentais para orientar e regular o acesso e o fluxo dos usuários na rede de atenção(145). Por meio da informação é possível implementar e qualificar as linhas de cuidado, de acordo com as necessidades da população(145).

Assim, o estabelecimento de estratégias para o acesso depende de boas informações, para que se elabore um plano de cuidado que organize o fluxo das enfermidades e que oriente os usuários sobre os caminhos e as condutas para atendimento adequado de suas necessidades(33)(145).

Este gerenciamento do cuidado na rede de atenção constitui habilidade necessária e uma atribuição da atenção básica, além de ter o objetivo de regular o acesso e a integração com os demais níveis de atenção(33). Além disso, promove maior racionalidade na utilização dos recursos e oferece condição para a efetivação da integralidade e da continuidade da atenção(145).

Observa-se, no entanto, que a literatura aponta que essa coordenação do cuidado depende de vários fatores, entre eles destacam: a vontade política, os recursos materiais, a comunicação entre prestadores, o comprometimento de todos os atores dos diversos níveis assistenciais e a reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica(33)(146).

Nesse aspecto, a atenção básica pode contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, com relação horizontal, contínua e integrada(1).

E, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o NASF pode reforçar a articulação com outros pontos de atenção da rede, ainda que não sejam exclusivas dele(1). Pode-se assim, utilizar ferramentas e dispositivos que facilitem este processo como: gestão das listas de espera, discussão e análise de casos, e, serviços programados de maneira a organizar o fluxo em relação aos outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades de saúde da população(1).

Com relação aos resultados encontrados relacionados à competência **desenvolver de ações intersetoriais**, foram identificadas seis habilidades na etapa exploratória: 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 diferentes setores; 4) utilizar espaços comunitários; 5) reduzir as barreiras setoriais; 6) desenvolver negociação com outros setores.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes atribuíram importância a todas as habilidades observando que os participantes confirmam as habilidades encontradas na etapa exploratória. Na análise da viabilidade na primeira rodada não foi consensual as habilidades: 1) Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade; 2) Reduzir as barreiras setoriais; 3) Desenvolver negociação com outros setores. Na segunda rodada, foi confirmado o dissenso para as seguintes habilidades – reduzir as barreiras setoriais e desenvolver negociação com outros setores – o que sugere algum grau de dificuldade na operacionalização das mesmas.

Com relação à análise de conteúdo, os resultados apontaram para uma compreensão mais aprofundada dos dissensos encontrados nas habilidades referentes a essa competência. Assim, vários aspectos foram apontados: 1) dificuldade de pactuar as divergências que podem existir entre setores e NASF; 2) entendimento de alguns setores de que os problemas de saúde dependeriam apenas do setor de saúde; 3) construção a intersectorialidade dependeria do gestor e não da equipe do NASF.

Dentre os princípios da APS defendidos pela Organização Mundial de Saúde está a abordagem intersectorial, que reconhece a saúde como resultado de processos políticos complexos, que necessita da atuação conjunta de diferentes setores da sociedade, conforme enfatizado pelos participantes(147).

Nesse estudo, os participantes entendem que a intersectorialidade constitui-se em iniciativas conjuntas, incluindo o planejamento de ações, com o estabelecimento de diálogo entre dois ou mais setores que facilita a construção de vínculo estreito entre o público e o privado, dentro e fora dos serviços de saúde como o Estado,

empresas e sociedade civil(148)(149). Essa forma de trabalho mobiliza a comunidade e o governo a trabalhar em conjunto(150).

Assim, articulação intersetorial favorece uma melhor intervenção nos determinantes de saúde e tem sido considerada imprescindível para o atendimento das demandas e das necessidades em saúde(19)(112)(145).

No entanto, a literatura refere que há uma complexidade na prática intersetorial na unidade local, seja pelo despreparo dos profissionais, seja pela dificuldade de colaboração dos outros setores, seja pela baixa capacidade de gestão municipal ou pela dificuldade no estabelecimento das relações interpessoais (151)(119).

O momento da negociação de ações a serem desenvolvidas constitui uma dificuldade apontada não apenas pelos participantes do presente estudo, mas também pela literatura(152). Isso acontece pois a maioria dos representantes setoriais tem agendas previamente definidas e, não consideram as prioridades e as necessidades da equipe(152).

Essa conduta praticada pelos representantes setoriais leva a disputas políticas, interesses eleitorais sem sustentabilidade e a baixos níveis de adesão ao diálogo, fazendo da construção de uma agenda integrada um desafio(152).

Nesse aspecto, as barreiras entre os setores devem ser reduzidas, de maneira a compreender que a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas e a reconhecer os limites de poder de atuação dos setores, bem como a insuficiência do setor de saúde(153).

Importante, então, que sejam construídos mecanismos que favoreçam o diálogo, os fluxos de informação e de comunicação, de maneira a enfrentar as diferentes formas de pensar e as disputas de poder que dificultam a concretização de ações intersetoriais(153).

Esses mecanismos constituem questão de fundamental importância para que o diálogo entre os diferentes setores seja facilitado e que sejam rompidas as barreiras comunicacionais existentes(153).

Assim, a mudança na prática e na cultura das organizações com o reconhecimento da necessidade de estabelecimento de parcerias, integrando saberes e experiências das diversas políticas, podem auxiliar nesse processo(154).

Infelizmente, essas mudanças que a intersectorialidade impõe pode enfrentar resistências e não vem sem contradições. No entanto, a ousadia de mudar necessita de compromissos não apenas dos gestores, mas da equipe, questão ainda pouco clara em alguns depoimentos(154)(155).

As equipes da atenção primária, NASF e ESF, devem compreender que, ao se elaborar o projeto terapêutico, deve ser incluída nele a rede a ser disponibilizada, de maneira que ocorra a articulação de diversos pontos de atenção de cuidados, dentro e fora do setor de saúde(156). Desta maneira, as redes de atenção à saúde não deve se restringir ao setor saúde, e sim, incluir outros setores relacionados aos determinantes do processo saúde-doença(145).

Existem, porém, muitas queixas dos profissionais quanto à burocracia do sistema de saúde, às ações que não tiveram sucesso e à falta de compromisso dos outros setores, o que ocasiona desmotivação(151). Acrescentam-se ainda as dificuldades que os profissionais têm em relação ao fluxo do usuário na rede e a compreensão insuficiente sobre o contato e o atendimento a serem realizados em parceria com outros setores(151).

Deve-se destacar que há uma necessidade de que os profissionais entendam que não basta planejar e executar uma única ação, a parceria deve ser buscada continuamente, com ações monitoradas e avaliadas(151). Dessa maneira, o apoiador matricial deve buscar soluções sem passividade e com uma autonomia que não seja limitada apenas a atuação em situações específicas(151).

Importante ressaltar também que as pré-concepções dos profissionais das equipes influenciam suas práticas, podendo favorecer ou não às mudanças do modelo setorializado para o modelo de articulação intersectorial(157).

Importante lembrar que o profissional da saúde das áreas privilegiadas pelo NASF tem sido formado ao longo das últimas décadas em um modelo tecnicista, hiperespecializado, que desconsidera as subjetividades do ser humano e com trabalho individual centrado na clínica(158). Este modelo de formação implica na

dificuldade que profissionais da equipe NASF enfrentam no confronto com a realidade social e com as dimensões relacionais do trabalho(158).

Isso reflete na articulação com outros setores, pois a equipe ainda tem dificuldade em atuar dentro do paradigma da interdisciplinaridade, de realizar uma análise global dos problemas e de promoção de práticas de saúde mais eficazes, considerando o contexto social da comunidade(153).

Nesse aspecto, ainda se observa que a fragmentação do cuidado persiste, não contemplando a interdisciplinariedade, no seu sentido amplo, de maneira que esse agir intersetorial vai engatinhando(158).

A dimensão do conceito de “atenção básica” que considera o sujeito em sua singularidade, sua complexidade, sua integralidade e privilegia inserção sociocultural, infere grande responsabilidade aos sujeitos implicados na sua efetivação(158). Nesse aspecto, as equipes de ESF e NASF são convocadas a intervirem na realidade da comunidade, imersa em desigualdade social, de maneira muito mais complexa do que apenas desempenhando ações técnicas em saúde(158).

No que tange a esse aspecto, as modificações nas pré-concepções dos profissionais da saúde construídas à partir de um modelo de formação fragmentado, não é algo que se estabelecerá ao natural(158). Destaca-se, aqui, o papel das universidades de modo a contribuir com a formação de profissionais que reconheçam a complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes, além de compreender a necessidade de ações intersetoriais para a integralidade seja construída(157).

Com relação aos resultados encontrados e relacionados à competência **fortalecer as políticas públicas**, foram identificadas cinco habilidades na etapa exploratória: 1) conhecer as políticas públicas vinculadas ao setor de saúde; 2) participar das reuniões de conselho; 3) ter formação política; 4) apoiar constituição de conselhos e; 5) conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes confirmam a importância das habilidades encontradas na etapa exploratória, exceto a habilidade – ter formação política.

Na análise da viabilidade, os participantes apontaram dissenso nas habilidades – conselhos de saúde como participar das reuniões de conselho; apoiar constituição de conselhos e ter formação política – sugerindo dificuldades em operacionalizá-las.

Na análise de conteúdo, foram detectadas algumas dificuldades: 1) impossibilidade da formação do vínculo que dificultaria o apoio a formação de conselhos; 2) interesses político partidário que prejudicam a atuação da equipe no que se refere ao apoio à constituição de conselhos; 3) desinteresse da população em constituir conselhos; 4) confusão provocada pelo termo “política” e; 5) deficiências na graduação quanto a um entendimento das políticas de saúde e SUS;

Com o objetivo de democratizar gestão da saúde, a Constituição Federal define a participação social como um dos princípios do SUS, tanto âmbito do sistema e serviços de saúde, como do cuidado em saúde. Assim, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 orienta sobre a formação de conselhos, com a participação de trabalhadores, gestores e usuários do sistema para operacionalizar a participação social(159).

Nesse aspecto, os conselhos de saúde constituem importantes instrumentos para a construção da cidadania, do controle social, da garantia do direito à saúde e da participação da sociedade civil na democratização do SUS(160). Ampliam os espaços de decisão e de ação do poder público, sendo instrumento para os direitos dos cidadãos(160).

Deve-se atentar que a participação social não pode se restringir apenas às instâncias formalizadas, e sim, deve ser valorizada e ser incentivada no cotidiano dos serviços do SUS(159).

Nesse contexto, a atenção básica deve atuar de maneira a fortalecer não apenas a constituição de conselhos de saúde como a participação de maneira geral(160). E, o vínculo seria um instrumento fundamental para o estímulo à

participação do usuário e, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, um dos princípios inerentes a este nível de atenção(1)(161)(162)(163).

A construção de vínculos implica na realização de uma intervenção em saúde despida de burocracia e de impessoalidade, sediada em relações próximas e claras, e com sensibilização ante o sofrimento alheio(164). Requer tempo, e disponibilidade do profissional, de maneira que aspectos como a rotatividade de profissionais e agendas, que priorizam a demanda espontânea, desorganiza a estrutura de funcionamento do serviço e torna a formação do vínculo, entre profissional e usuário, fragilizada(164).

O vínculo estabelecido, entre equipe ESF e NASF com os usuários, é considerado fundamental para que se construa a reflexão e o respeito mútuo e favorece o processo de empoderamento nas práticas sociais, na perspectiva de fortalecer o controle social no SUS(165).

Mesmo que os participantes tenham apontado dificuldades na formação de vínculo entre usuários e profissionais do NASF, é importante lembrar que esses contam com um parceiro muito importante da equipe, que são os agentes comunitários de saúde (ACS)(165).

Nesse aspecto, considerando que uma das funções do NASF é realizar ações técnico-pedagógicas, uma das maneiras de se favorecer o empoderamento da comunidade é capacitando os ACS juntamente com as ESF(165). Destaca-se que o ACS é um membro da comunidade e constitui a porta de entrada das queixas dos usuários da saúde, tendo assim, maior facilidade de construir vínculos, de maneira a divulgar as reuniões dos conselhos de saúde e os direitos da população(165).

Os conselhos, porém são, muitas vezes, alvos de interesses políticos partidários e ocorre casos em que um conselheiro representa diferentes segmentos da sociedade, ou é um político em cargo eletivo, ou tem indicação do prefeito(160)(166).

Nesse aspecto, é fundamental que se ocorra o compromisso político e a legitimidade das representações dos usuários e dos trabalhadores nos conselhos de saúde, com os seus representados(159).

Importante ressaltar que quando não há participação dos indivíduos na identificação de seus problemas, as questões de saúde tornam-se mais voltadas aos interesses dos gestores, desconsiderando a realidade dos sujeitos e a livre decisão de escolha dos mesmos(167).

No que tange a esse aspecto, uma maneira de amenizar as dificuldades apontadas, seria a capacitação dos conselheiros no fortalecimento da dinâmica interna do conselho(160). Além disso, acrescenta-se que outro ponto destacado pela literatura é a formação dos profissionais das equipes de atenção básica. Assim, é recomendado que essa enfatize um processo de transformação das práticas de saúde(165).

Nesse aspecto destaca-se que o modo de se entender e de fazer a educação, determina se a formação do profissional se direcionará para uma linha crítico reflexivo ou tecnicista(168). Nesse contexto, uma ação educativa pode ser utilizada: 1) como meio de dominação, formando indivíduos dependentes e acomodados com a informação recebida, não críticos, sem criatividade ou capacidade de reflexão; ou 2) libertadora, em que são formados indivíduos críticos, independentes, questionadores e com a capacidade de refletir sobre a realidade(168).

Assim, o conhecimento das políticas e dos programas do setor de saúde, de maneira a conseguir adaptá-las à realidade da comunidade, constitui não apenas uma maneira de fortalecer as políticas locais e setoriais, como também, é uma atuação baseada na reflexão e na crítica do fazer em saúde, capaz de transformar a realidade social(19)(168).

Este processo favorece uma melhor compreensão da dinâmica social, e das formas em que o profissional pode se inserir no contexto organizacional da saúde, favorecendo seu empoderamento individual e coletivo(165).

A formação crítica reflexiva orienta o profissional para o questionamento, para ações refletidas, que seja capaz de realizar problematizações, ao contrário do profissional alienado, calcado em formalismos, verbalismos, com falta de domínio sobre o processo, do produto e do sentido do próprio trabalho e apenas adaptado à estrutura(168).

Ainda se observa, no entanto, que no ensino das áreas profissionais contemplados pela proposta do NASF, uma separação entre a dimensão política, que permite a reflexão no ensino em saúde; e técnica, onde o que importa é o exercício da prática(168).

Esta dicotomia favorece com que egressos adentrem ao mercado de trabalho com alto conhecimento tecnológico, com habilidades cognitivas e psicomotoras, porém, sem familiaridade com questões sociais, compromissos éticos e cidadania coletiva(168).

Nesse contexto, é importante incentivar a uma formação que integre as dimensões técnicas e políticas pois, uma força de trabalho competente constitui aquela que possui conhecimentos e habilidades para traduzir políticas em ação efetiva(88). Acrescenta-se ainda que constitui um elemento muito importante para o crescimento e desenvolvimento da promoção de saúde(88).

Com relação aos resultados encontrados e relacionados à competência **desenvolver ações educativas**, foram identificadas seis habilidades na etapa exploratória: 1) integrar o saber do indivíduo nas práticas educativas com linguagem acessível; 2) ter habilidades didático-pedagógicas e gerenciar grupos educacionais 3) utilizar linguagem acessível à população; 4) ter conhecimentos de educação em saúde; 4) realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços e; 5) considerar as necessidades da equipe nas capacitações.

No estudo Delphi de Políticas, foi observado que os participantes atribuíram importância a todas as habilidades, observando que os participantes confirmam as habilidades encontradas na etapa exploratória. Na avaliação da viabilidade, observou-se que a habilidade – realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços – se mostrou não consensual.

Na análise de conteúdo, percebeu-se que os participantes não entenderam a habilidade – realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços – como uma ação a ser executada pelos profissionais do NASF sendo apontado obstáculo em relação aos treinamentos que a equipe recebe.

Assim, foi relatado que os treinamentos são descontextualizados e que existe dificuldade em aproximar os conteúdos recebidos ao cotidiano do serviço. Outro

ponto é que existe um entendimento de que a instituição de capacitações constitui uma responsabilidade do gestor.

A literatura aponta que a educação em saúde é um importante caminho para superar práticas individuais desarticuladas e com impacto insuficiente na situação de saúde da comunidade(169). Mas, que isso seja suplantado, é necessário que se desenvolva novas estratégias de diálogo entre ‘o pensar’ e o ‘fazer’ da população e dos profissionais de saúde(169).

Essas mudanças são importantes para que o trabalho das equipes deixe de ser ter apenas ofertas de serviços, para que ocorra, por meio da educação em saúde, algo intrínseco à prática e que integre o saber popular e os conhecimentos técnico-científicos(169).

Nesse aspecto, é importante que as ações de educação em saúde deixem de ser um instrumentos de dominação, que impõe a culpa pelas condições de vida adquirida apenas aos indivíduos, para que seja construído uma reflexão crítica e coletiva(169).

Dessa forma, é necessário que seja integrado o saber do indivíduo à prática educativa da comunidade, de maneira que o contexto seja considerado, com linguagem acessível e com comunicação fluída(122). Isso melhora a satisfação do indivíduo, a adesão terapêutica, a atuação comunitária e os resultados de saúde(19).

Também recomenda-se que as tradicionais palestras, com função meramente normativa, sejam reorientadas e que sejam priorizados grupos educacionais, de maneira a oportunizar o diálogo entre trabalhadores e usuários(169). Essa forma de trabalho favorece a edificação de uma relação horizontal do usuário com o profissional e aproxima as ações de saúde das necessidades, das expectativas e das angústias do usuário(19)(170).

Nesse contexto, a criação do NASF com a inserção de várias categorias profissionais, impõe a necessidade de reflexão não apenas da transformação do processo de trabalho, mas também de ensino, para que ocorram mudanças nas práticas de saúde(52).

Assim, considerando as reais necessidades que o trabalho de saúde tem imposto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da Saúde, assumem a importância da atenção às demandas sociais, com ênfase no SUS(13). Acrescenta-se ainda que prioriza a participação ativa do discente no processo de ensino-aprendizagem e sua inserção na prática em diferentes cenários, tanto de atenção à saúde individual quanto comunitária(13).

Nesse contexto, a adoção do modelo para o desenvolvimento de competências traduz-se na adequação da formação dos recursos humanos às novas exigências do sistema de saúde, com a atualização constante do profissional, para se evitar a obsolescência(117).

Nesse sentido, vale salientar que a formação em saúde no Brasil ainda sofre a influência do modelo médico-hegemônico(45)(58)(64). E, o modelo pedagógico de educação para formação dos profissionais de saúde, tem sido centrado na relação dominante do professor como detentor de conhecimentos e a unidade de relação pedagógica é o indivíduo e não o trabalho em equipe, sem interação social(171).

Assim, este tipo de metodologia tradicional considera o discente um componente vazio, reproduzidor de tarefas, e, prioriza a memorização sem o questionamento(18). Constitui uma pedagogia que alcança a eficiência técnica e mecânica, porém, não estimula a transformação do processo de trabalho(171).

No que tange a esse aspecto, a formação atual tem sido questionada, principalmente o que se refere à valorização do ensino no ambiente hospitalar, com enfoque na atenção curativa, uniaxial e individualizada, que ocasiona uma formação dissociada das reais necessidades do SUS(18).

Como uma maneira de amenizar essa dicotomia, as DCN recomendam a integração entre teoria e prática na produção do conhecimento, de maneira a articular serviço e ensino(13). A construção dessa integração deve ser alicerçada no princípio da autonomia, onde o discente deve ser capaz de autogerenciar e de autogovernar seu processo de formação e construir sua própria história(13). Nesse processo de ensino aprendizagem, o docente deixa de ser o centro do poder e reconhece os limites do seu conhecimento(13).

Porém, quando isso não foi possível, é importante sejam construídas estratégias para que a educação em serviço seja operacionalizada(1). Nesse aspecto, é recomendado que sejam incluídos, o desenvolvimento de ações e a articulação com outras instituições, para formação e para a educação permanente dos profissionais de saúde das equipes de atenção básica(1).

No que tange a esse aspecto, a educação permanente deve ser uma ação a ser utilizada de maneira que o trabalho seja o eixo fundamental da aprendizagem, e, os problemas do processo de trabalho devam ser utilizados na aprendizagem coletiva(171). Lembrando que constitui não apenas uma atribuição da gestão como da equipe de apoio

Ressalta-se, no entanto, que essa ação deve ser construída utilizando metodologias ativas, de maneira que favoreçam uma prática de educação libertadora, em que os profissionais de saúde tornem-se aptos a aprender a aprender, a compreender, a conviver e a ser(18). Essas abordagens pedagógicas formam sujeitos capazes de conhecer, raciocinar, criticar, sensibilizar e responsabilizar para as questões relacionadas às complexidades e às incertezas da vida social(18).

Assim, considera-se que a educação permanente, assim como a formação, direcionada com metodologias ativas, tem um grande potencial provocador de mudanças, sendo considerada uma importante estratégia de gestão, pois se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”(1). O planejamento educacional, porém, deve ocorrer de maneira ascendente à partir da análise coletiva dos nós críticos, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas(1).

Ressalta-se aqui que, para a consolidação e o aprimoramento da atenção básica, considera-se importante um saber e um fazer que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde(1). Assim, as práticas do sistema de saúde devem ocorrer em diversos ambientes, para uma melhor compreensão do lócus das famílias e comunidades(13)(171).

Com relação aos resultados encontrados e relacionados à competência **atuar com as diferentes coletividades**, foram identificadas quatro habilidades na etapa exploratória: 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.

No estudo Delphi de políticas, as habilidades referentes a essa competência não apresentou dissensos entre os participantes, tanto na importância quanto na viabilidade.

Na análise de conteúdo, os participantes entendem que o respeito aos valores e cultura é importante para a promoção de saúde.

Neste aspecto, a literatura aponta para a importância da inserção dessa 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 saúde(172)(173).

Os profissionais de saúde podem, assim, se tornar mais capazes de fornecer cuidado de qualidade, independentemente da raça, da etnia e da cultura(173), aproximando o usuário do serviço e proporcionando um acesso universal com eliminação de barreiras socioculturais(19)(112).

É fundamental que se entenda como é estruturada a população, sua dinamicidade, bem como, suas estratégias de produção de vida, evitando julgamentos(169).

Nesse aspecto, um cuidado pautado na singularidade do contexto da população facilita a adesão do usuário às práticas de saúde e à construção de comportamentos saudáveis, de maneira a ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas sobre o próprio contexto e o seu modo de vida(122).

Nessa perspectiva, a postura do profissional de saúde deve ser pautada no respeito e no diálogo, valorizando as práticas acumuladas e sistematizadas ao longo de gerações(169). No que tange a esse aspecto, o ponto de partida deve ser algo significativo para a comunidade, em vez de prescrições pautadas nos valores da equipe(174).

Nesse contexto, a proposta do NASF não pretende reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou, dividi-lo por áreas profissionais, e sim, que a atuação dos profissionais da equipe possa caminhar para além da fragmentação(9).

Dessa maneira, é possível atuar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde, principalmente com o trabalho em equipe(175). Isso proporciona uma melhor interação dos membros da equipe, com uma gestão participativa, no sentido de compreender e valorizar as diferenças, lidar com os conflitos, é que se dá o aprendizado coletivo(175).

Esse aprendizado deve atuar no sentido de que as vivências, as experiências e a bagagem cultural dos grupos sociais possam atuar em benefício das mudanças nas realidades de uma maneira inventiva e prazerosa(174). Importante que ocorra uma união, organização e uma síntese cultural para que ocorra a colaboração(174).

Assim, o respeito aos valores e à cultura da comunidade exige com que o profissional realize um exame constante dos seus próprios valores, de maneira que as ações de saúde possam ter maiores probabilidades de eficácia e aceitabilidade(175), e, os participantes demonstraram uma compreensão clara dessa necessidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve o objetivo de investigar as competências profissionais construídas no processo de trabalho do NASF.

Foram objetivos específicos identificar as competências construídas no âmbito do processo de trabalho do NASF; analisar a importância e viabilidade das competências identificadas no âmbito do processo de trabalho do NASF; verificar as competências consensuais e não consensuais para o processo de trabalho do NASF e; compreender as dificuldades para operacionalização das competências identificadas (competências não consensuais) para o processo de trabalho do NASF.

Na etapa exploratória do presente estudo foram identificadas oito competências: 1) organizar o cuidado; 2) trabalhar de modo colaborativo, 3) realizar diagnóstico da comunidade; 4) planejar as ações à comunidade; 5) desenvolver ações intersetoriais; 6) fortalecer as políticas públicas; 7) desenvolver ações educativas; 8) atuar com as diferentes coletividades.

Observou-se, por meio da identificação das competências e suas respectivas habilidades, que os participantes do presente estudo compreendem quais competências necessárias dentro das diretrizes propostas para o processo de trabalho do NASF.

No estudo Delphi de Políticas foi possível obter um aprofundamento das competências identificadas, de maneira a verificar a importância para o processo de trabalho no NASF e a viabilidade encontrada para executá-las no cotidiano do trabalho da equipe.

Com relação à importância, os participantes confirmaram todas as habilidades apresentadas. Na análise do critério de viabilidade, foram detectados dissensos nas habilidades: 1) articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária; 2) realizar o diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia; 3) planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade; 4) avaliar os resultados das ações de saúde; 5) estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de

atenção; 6) reduzir as barreiras setoriais; 7) desenvolver negociação com outros setores; e, 8) ter formação política.

Na análise de conteúdo, foi possível compreender melhor as habilidades que não apresentaram consenso, de maneira que foi constatada que existem diversas dificuldades para a operacionalização das competências e, conseqüentemente, do apoio matricial.

Assim, foram elencadas pelos participantes dificuldades na formação de vínculo com a comunidade, falta de rotina de planejamento e avaliação das ações de saúde e dificuldades em atuar conjuntamente com os setores extra saúde.

Também foi observado que, em diversos momentos, os participantes fizeram críticas quanto à formação universitária e quanto às capacitações no que se refere a não preparar para atuação dentro dos princípios da integralidade e da longitudinalidade; não trabalhar a interdisciplinariedade; não preparar para o uso da epidemiologia; não propiciar um entendimento adequado das políticas de saúde e do SUS.

Tais aspectos reforçam a dificuldade da estruturação do trabalho da equipe do NASF dentro dos princípios do apoio matricial.

Destaca-se, no entanto, que a proposta do NASF apresenta potencial para revitalizar as competências da Atenção Primária à Saúde para o alcance da integralidade da atenção. No entanto, necessita de maiores reflexões sobre as possibilidades para aprimorar a compreensão do processo de trabalho exigido pela proposta e, conseqüentemente, a atuação dentro dos princípios do apoio matricial.

É importante, então, que se estudem estratégias que possam favorecer o melhor desempenho das competências para o trabalho do NASF e reestruture a atuação do profissional. Essas estratégias devem buscar preparar o profissional para a integralidade e a longitudinalidade, atuar dentro dos pressupostos interdisciplinariedade, com entendimento claro das políticas de saúde e do SUS, a fim de se evitar com que o profissional, aqui inserido, atue somente no seu núcleo de ação e seja mais um para compor a agenda de consultas.

Assim, pode-se afirmar que o estudo das competências para o processo de trabalho do NASF, aqui desenvolvido, contribui para construção de debates acerca das necessidades de melhor preparação desses profissionais de saúde para a função de apoiador matricial. Preparação essa que inclui revisão de grades curriculares, metodologias ativas de ensino na graduação, capacitações mais eficientes de profissionais já inseridos na proposta do NASF.

Nesse contexto, recomenda-se que os resultados do presente estudo possam compor pontos de discussão e de ação, em uma agenda de trabalho, para o aperfeiçoamento do processo de trabalho do NASF, considerando as diversidades regionais.

Deve-se destacar também que houve algumas dificuldades 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 confiança do participante e mantê-lo motivado a participar de todas rodadas do Delphi de Políticas.

Acrescenta-se ainda que, poderiam ser adicionalmente explorados, como uma proposta de agenda de pesquisa, os seguintes aspectos:

- i. Competências específicas por categoria profissional;
- ii. Análise dos conteúdos curriculares dos cursos de graduação das diferentes categorias profissionais incluídas no NASF;
- iii. Avaliação das ações de educação permanente no processo de trabalho do NASF;
- iv. Estudos sobre as competências envolvendo amostras maiores para melhor mapeamento das diferenças regionais;
- v. Estudos que verifiquem a compreensão do NASF pela ESF e pelos usuários;
- vi. Estudos específicos de cada uma das competências aqui identificadas.

Por fim, entende-se que, por mais que se tenha tentado contemplar o tema da maneira mais abrangente possível, as competências requeridas no processo de trabalho do NASF são amplas e complexas. Dessa maneira, exige-se que sejam construídas análises constantes e contínuas para seu aprimoramento, incluindo a

participação não só da equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, gestores e docentes. Não se propõem aqui que essas competências sejam estanques e que engessem o processo de trabalho e sim, que estejam em constante construção e reconstrução de acordo com as necessidades que possam advir.

O presente estudo não teve a pretensão de esgotar o assunto, nem tão pouco generalizar os achados. O principal objetivo foi fornecer elementos para discussões futuras e auxiliar no fortalecimento do processo de trabalho do NASF.

7. REFERÊNCIAS

1. Brasil. PNAB política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Campos G. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cienc Saúde Colet*. 2007;12(2):301–6.
3. Scherer M, Marino S, Ramos F. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface*. 2005;9(16):53–66.
4. Brasil. Portaria 154.2008:47–50.
5. Brasil. Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Souza S, Loch M. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2011;16(1):5–10.
7. Organização Panamericana de Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 2011.
8. Campos G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 1999;4(2):393–403.
9. Nascimento D, Oliveira M. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saude*. 2010;34(1):92–6.
10. Sant’Anna S, Hennington E. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: Estratégia de produção de saberes e (trans) formação do trabalho em saúde com base na ergologia. *Interface*. 2010;14(32):207–15.
11. Neves TP. As contribuições da ergologia para a compreensão da biossegurança como processo educativo: perspectivas para a saúde ambiental e do trabalhador. *Mundo Saúde*. 2008;32(3):367–75.
12. McMullan M. Competence and its assessment: a review of the literature. *Brit J Pod*. 2005;8(2):49–52.

13. Mitre S, Cotta R, Cotta R, Cotta F. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e os novos cenários de prática na formação do profissional de saúde no Brasil: integrando ensino-serviço [Internet]. In: Congreso Internacional Docencia Universitaria e Innovación. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2012. p. 1–21. Available from: <http://www.cidui.org/revista-cidui12/index.php/cidui12/article/view/210>
14. Mângia E, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2008;19(2):i-i.
15. Florindo A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2009;14(1):72–3.
16. Moreira M, Mota H. Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. *Rev CEFAC*. 2009;11(3):516–21.
17. Boog M. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Rev Cien Saude*. 2008;1(1):33–42.
18. Mitre S, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça J, Morais-Pinto N, Meirelles C, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(supl 2):2133–44.
19. 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.
20. Mehry EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In: *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
21. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Bol Saúde*. 2002;16(1):9–36.
22. Ribeiro E, Pires D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(2):438–46.
23. Merhy E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cienc Saude Colet*. 1999;4(2):305–14.
24. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde [Internet]. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Saude. Rio de Janeiro: 2008. p. 320–6. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/008871>

25. Franco T. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R; Matos, RA. Gestão em Redes. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006.

26. Mehry EE, Franco TB. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: Dicionário de Educação Profissional em Saude. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

27. Merhy E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. [Internet]. Universidade Federal Fluminense. 2007 [cited 2011 Jul 16]:21p. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>

28. Teixeira C, Paim J, Vilasbôas A. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998;VII(2):7–28.

29. Paim J. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde [Internet]. In: Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC-UFBA; 2001. p. 1–16. Available from: http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf

30. Paim J. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ; Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567–71.

31. Merhy E, Malta D, Santos F. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E (org). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE; 2004. p. 45–76.

32. Silva Jr A, Alves C. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, MVGC. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. 2007. p. 27–42.

33. 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.

34. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enf. 2000;53(2):251–63.

35. Santos N. Reforma sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. Tempus. 2008;2(1):103–21.

36. Escorel S, Giovanella L, Mendonça M, Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):164–76.
37. Brasil. Indicadores da atenção básica [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. [cited 2012 Dec 19]; Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/COAPIndicadoresDABSAS.pdf>
38. Brasil. Portaria 2.843. 2010:44–5.
39. Brasil. Portaria 2.488. 2011:1–21.
40. Brasil. Portaria 3.124. 2013:2–3.
41. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2012; Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp
42. Chiaverini D (org). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
43. Campos G. Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC; 2000.
44. Cunha G, Campos G. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011;20(4):961–70.
45. Campos G, Domitti A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399–407.
46. Molini-Avejonas D, Mendes V, Amato C. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(3):465–74.
47. Furtado J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*. 2007 Aug;11(22):239–55.
48. Gonze G, Alves G. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis*. 2010;21(1):129–46.
49. Ceccim R, Feuerwerker L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1400–10.
50. Feuerwerker L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *ABENO*. 2003;3(1):24–7.

51. Bosi M, Paim J. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Cienc Saúde Colet*. 2010;15(4):2029–38.
52. Albuquerque V, Gomes A, Rezende C, Sampaio M, Dias O, Lugarino R. 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.
53. Feuerwerker L. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. *Cad ABEM*. 2006;2:78–80.
54. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. *Bol Saúde*. 2004;18(1):87–98.
55. Chiesa A, Nascimento D, Braccialli L, Oliveira M, Ciampone M. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007;12(2):236–40.
56. Brasil. Programa nacional de reorientação da formação profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
57. Saupe R, Cutolo L, Wendhausen A, Benito G. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface*. 2005;9(18):521–36.
58. Saupe R, Wendhausen A, Benito G, Cutolo L. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):654–61.
59. Brasil. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. 2010 [cited 2010 Oct 20];:1–2. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=382
60. Pereira LA. Aprender SUS: uma política para fortalecer e ampliar os processos de mudança na graduação em saúde [Internet]. NESC/UFRN. 2004;Available from: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoNoticia.php?codigo=181>
61. Brasil. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde) [Internet]. Ministério da Saúde. 2007 [cited 2010 Oct 20]:2. Available from: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>
62. Brasil. PET-Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. 2010 [cited 2010 Oct 20]:1–2. Available from: <http://petsaude.org.br/>
63. Haddad A, Campos F, Silvia M, Fruet B, Passarella T, Campos T, et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. *Cad ABEM*. 2009;5:6–12.

64. Tilson H, Gebbie K. The public health workforce. *Annu Revi Public Health*. 2004;25:341–56.
65. Battel-Kirk B, Barry M, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: Identifying frameworks and core competencies. *Glob Health Promot*. 2009;16(2):12–20.
66. Lilley K, Stewart D. The Australian preventive health agenda: what will this mean for workforce development? *Aust N Z Health Policy*. 2009;6(14):14.
67. Gilbert P. La compétence: concept nomade, significations fixes. *Psychologie du Travail et des Organizations*. 2006;12:67–77.
68. Le Deist F, Winterton J. What is Competence? *Hum Res Dev Int*. 2005;8(1):27–46.
69. Alainati S, Alshawi S, Al-karaghoul W. The effect of education and training on competency. In: *European and Mediterranean Conference on Information Systems 2010*. Abu Dhabi: EMCIS 2010; 2010. p. 1–9.
70. Moore D, Cheng M, Dainty A. Competence, competency and competencies: performance assessment in organisations. *Work Study*. 2002;51(6):314–9.
71. Ruth D. Frameworks of managerial competence: limits, problems and suggestions. *J Eur Ind Train*. 2006;30(3):206–26.
72. Sandberg J. Understanding human competence at work: an interpretative approach. *Acad Man J*. 2000;43(1):9.
73. Bouteiller D, Gilbert P. Réflexions croisées sur la gestion des compétences en France et en Amérique du Nord. *Relations Industrielles*. 2010;60(1):3–28.
74. Rothwell W, Lindholm J. Competency identification, modelling and assessment in the USA. *Int J Train Dev*. 1999;3(2):90–105.
75. Horton S. Introduction – the competency movement: its origins and impact on the public sector. *Int J Pub Sect Manag*. 2000;13(4):306–18.
76. Winterton J, Le Deist F, Stringfellow E. Typology of knowledge , skills and competences: clarification of the concept and prototype. Thessaloniki: Cedefop; 2005.
77. Lima V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface*. 2005 Aug;9(17):369–80.
78. Brockmann M, Clarke L, Méhaut P, Winch C. Competence-based vocational education and training (VET): the cases of England and France in a European perspective. *Voc Learning*. 2008 Aug;1(3):227–44.

79. Le Deist F. Compétence: conceptual approach and practice in France. *J Eur Ind Train*. 2009;33(8/9):718–35.
80. Mertens L. *Labour competence: emergence, analytical frameworks*. 1st ed. Montevideo: Cinterfor/ILO; 1999.
81. Parente C. Para uma análise de gestão de competências profissionais. *Sociologia*. 2004;14:298–342.
82. Beckett D. Holistic competence: Putting judgements first. *Asia Pac Educ Review*. 2008;9(1):21–30.
83. Winterton J. Competence across Europe: highest common factor or lowest common denominator? *J Eur Ind Train*. 2009;33(8/9):681–700.
84. Potgioter T, Merwe R. Assessment in the workplace: a competency-based approach. *SAJIP*. 2002;28(1):60–6.
85. Sultana R. Competence and competence frameworks in career guidance: complex and contested concepts. *Int J Educ Voc Guid*. 2008 Oct;9(1):15–30.
86. Duckett S. Health workforce design for the 21st century. *Aust Health Rev*. 2005;29(2):201–10.
87. Allegrante J, Barry M, Auld M, Lamarre M, Taub A. Toward international collaboration on credentialing in health promotion and health education: the Galway Consensus Conference. *Health Educ Behav*. 2009;36(3):427–38.
88. Barry M, Allegrante J, Lamarre M, Auld M, 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.
89. Abreu N, Baldanza R, Gondim S. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *Rev Gest Tec Sist Inf*. 2009;6(1):5–24.
90. Cantrell M, Lupinacci P. Methodological issues in online data collection. *J adv nurs*. 2007;60(5):544–9.
91. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J adv nurs*. 2008;62(1):107–15.
92. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*. 2004;24:213–25.
93. Libânio P. *Avaliação Qualitativa do Modelo de Gestão da Política Nacional de Recursos Hídrico: Interfaces com o Sistema Ambiental e com o Setor de Saneamento*. UFMG; 2006.

94. Klenk N, Hickey G. A virtual and anonymous , deliberative and analytic participation process for planning and evaluation: The concept mapping Policy Delphi. *Int J Forec [Internet]*. 2011;27(1):152–65.
95. Malenki K. Delphi public comme une méthode de gouvernance participative. In: *Outils et Méthodes de l'Intelligence Territoriale*. Besaçon: 2008. p. s/p.
96. Wright J, Giovinazzo R. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm*. 2000;1(12):54–65.
97. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Studies*. 2001;38(2):195–200.
98. Powell C. The delphi technique: myths and realities. *J adv nurs*. 2003;41(4):376–82.
99. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(4):358–64.
100. Giovinazzo R. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela Internet - vantagens e ressalvas. *Adm On Line*. 2001;2(2):1–9.
101. Steinert M. A dissensus based online Delphi approach: an explorative research tool. *Tech Forec Soc Change*. 2009;76(3):291–300.
102. Rayens M, Hahn E. Building Consensus Using the Policy Delphi Method. *Policy Polit Nurs Pract*. 2000;1(4):308–15.
103. Turoff M. The Policy Delphi. In: California U of S, editor. *The Delphi method techniques and applications*. 2002. p. 80–96.
104. De Loe R. Exploring complex policy questions using the Policy Delphi. *Appl Geo*. 1995;15(1):53–68.
105. De Loe R, Wojtanowski D. Associated benefits and costs of the Canadian Flood Damage Reduction Program. *Appl Geo*. 2001;21:1–21.
106. O'Loughlin R, Kelly A. Equity in resource allocation in the Irish health service: a Policy Delphi study. *Health policy*. 2004;67(3):271–80.
107. Hahn EJ, Rayens MK. Consensus for tobacco policy among former state legislators using the Policy Delphi method. *BMJ*. 1999;8(2):137–40.
108. Brasil. Oficina de qualificação do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
109. Tesser C, Neto P, Campos G. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(supl. 3):3615–24.

110. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair C, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(22):1219–21.
111. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
112. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York: Oxford University Press, Inc; 2004.
113. Almeida P, Cristina M, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: Estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95.
114. Mendes E. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(5):2297–305.
115. Oliveira G. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. UNICAMP; 2011.
116. Lancman S, Uchida S, Sznalwar L, Jardim T, Gasparo S. O trabalhar no Programa Saúde da Família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: FMUSP. 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.
117. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação*. 2001;1(2):5–16.
118. Campos G. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*. 2012;18(1):148–68.
119. Figueiredo MD, Furlan P. 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.
120. Jackson A, Bluteau P. Interprofessional education, collaborative practice and primary care. *InnovAiT*. 2011 Mar 4;4(4):230–5.
121. Orchard C, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Med Educ Online*. 2005;10(2005):1–13.
122. Retchin S. Conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Acad Med*. 2008;83(10):929–33.
123. Scherer M, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):721–5.

124. Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos GWS; Guerrero AVP. Manual de praticas de atenção básica: saude ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 273–82.
125. Pires D. Novas formas de organização do trabalho em saude e enfermagem. Rev Baiana Enf. 2000;13(1/2):83–92.
126. Silva J, Batistella C, Gomes M. Problemas, necessidades e situação de saude: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca AF, Corbo AMA (org). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 159–76.
127. Paim J. Epidemiologia e planejamento: A recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Cienc Saúde Colet. 2003;8(2):557–67.
128. Souza M de FM. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. Epidemiol Serv Saude. 2008;17(1):11–2.
129. Ribeiro L, Ribeiro M, Dias K, Matos K, Ferreira T. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saude da família. Cogitare enferm. 2008;13(3):448–52.
130. Osch L, Beenackers M, Reubsat A, Lechner L, Candel M, de Vries H. Action planning as predictor of health protective and health risk behavior: an investigation of fruit and snack consumption. Int J Behav Nutr Phys Act. 2009;6:69.
131. Vieira F. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Cienc Saúde Colet. 2009;14(supl.1):1565–77.
132. Araújo J. Polarização epidemiológica no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(4):533–8.
133. Secretaria de Saúde de Santa Catarina. Sistema de informação em saúde [Internet]. [cited 2012 Feb 26];:1–12. Available from: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf
134. O Ensino da Epidemiologia. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(supl 1):11–7.
135. Brasil. Glossário Temático. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
136. Scarazatti G, Amaral M. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. In: Campos GWS; Guerrero AVP. Manual de praticas de atenção básica: saude ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 206–20.
137. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Súde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

138. Franco CM, Koifman L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a educação permanente em saúde. *Interface*. 2010;14(34):673–81.
139. Pinto C. Diagnóstico compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Família. In: Campos GWS; Guerrero AVP. *Manual de praticas de atenção básica: saude ampliada e compartilhada*. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 298–322.
140. Novaes H. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saude. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):547–59.
141. Carvalho E, Cesse E, Albuquerque M, Albuquerque L, Dubeux L. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005;5(Supl 1):53–62.
142. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(3):705–11.
143. Brasil. *Avaliação na atenção básica em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
144. Dias C, Freitas M, Briz T. Indicadores de saude: uma visão de saude pública, com interesse em medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:439–50.
145. Silva S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc Saude Colet*. 2011;16(6):2753–62.
146. Almeida P, Giovanella L, Mendonça M, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Pública*. 2010;26(2):286–98.
147. Gargioni G, Raviglione M. The principles of primary health care and social justice. *J Med Pers*. 2009;7(2):103–5.
148. Adeleye O, Ofili A. Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: Can the health sector play broader roles? *J Environ Public Health*. 2010;2010:1–6.
149. Holveck J, Ehrenberg J, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira M, et al. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: Pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development. *BMC public health*. 2007;7(6):1–21.

150. Ardakani M, Rizwan H. Community ownership and intersectoral action for health as key principles for achieving “Health for all”. *East Mediterr Health J.* 2008;14(special issue):S57–66.
151. Sena L, Cavalcanti R, Pereira I, Leite S. Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. *R Bras Ci Saúde [Internet]*. 2012 Oct 30 [cited 2013 Jan 13];16(3):337–42. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12803/7873>
152. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cienc Saude Colet.* 2009;14(3):861–8.
153. Monnerat G, Souza R. Política social e intersectorialidade□: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social.* 2009;12(26):200–20.
154. Junqueira L. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saude Soc.* 2004;13(1):25–36.
155. Junqueira L. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saude Soc.* 1997;6(2):31–46.
156. Paula KAD, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade□ : uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado□ ? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do Distrito Oeste- Ribeirão Preto. *Interface.* 2004;8(15):331–48.
157. Silva K, Rodrigues A. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):762–9.
158. Schwingel G. A intersectorialidade no campo da saúde: o desafio de enfrentar o paradigma biomédico. *Rev Dest Acad.* 2011;3(3):59–68.
159. Brasil. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
160. Martins P, Cotta R, Mendes F, Franceschini S, Eloiza P, Dias G, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis.* 2008;18(1):105–21.
161. Coelho M, Jorge M. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Colet.* 2009;14(supl1):1523–31.
162. LCO C. Inventando a mudança na saúde. In: *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC; 1997.

163. Schimith M, Lima M. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487–94.
164. Viegas S, Penna C. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. *Rev Rene*. 2012;13(2):375–85.
165. Lanzoni G, Lino M, Schweitzer M, Albuquerque G. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para emponderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Rev Rene Fortaleza*. 2009;10(4):145–54.
166. Lima N (Org. . Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 353–84.
167. Budó M, Oliveira S, Garcia R, Simon B, Schimith M, Mattioni F. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(4):753–60.
168. Sordi MRLD, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1998;6(2):83–8.
169. Gomes L, Merhy E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):7–18.
170. Dias V, Silveira D, Witt R. Educação em saúde: O trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS*. 2009;12(2):221–7.
171. Lopes S, Piovesan E, Melo L, Pereira M. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com Ciências Saúde*. 2007;18(2):147–55.
172. 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.
173. Betancourt J, Green A, Carrillo J, Park E. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health affairs*. 2005;24(2):499–505.
174. Sant'Anna S, Hennington E. Micropolítica do trabalho em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(supl 1):223–44.
175. Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

4.

APÊNDICE A- Questões Apresentadas na Etapa Exploratória

Prezado Participante,

Este instrumento tem o objetivo de identificar as competências gerais necessárias para a atuação no NASF.

Competência se relaciona à capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes em situações específicas. E, as competências gerais são aquelas que se referem à todos os profissionais, independente de sua formação profissional específica.

No caso do NASF, são aquelas comuns aos fisioterapeutas, aos nutricionistas, aos psicólogos, aos educadores físicos, aos farmacêuticos, aos terapeutas ocupacionais, aos assistentes sociais.

Assim, será necessário que você liste competências gerais para o trabalho no NASF, de acordo com as diretrizes propostas pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

1. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à INTEGRALIDADE

2. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas ao TERRITÓRIO

3. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à PARTICIPAÇÃO SOCIAL

4. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à INTERSETORIALIDADE

5. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à EDUCAÇÃO PERMANENTE

6. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à HUMANIZAÇÃO

7. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à PROMOÇÃO DE SAÚDE

8. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

9. Liste 3 (três) competências gerais para atuação no NASF relacionadas à INTERDISCIPLINARIEDADE

**APÊNDICE B - Questões Apresentadas na Primeira Rodada do Estudo
Delphi de Políticas.**

Julgue os itens a seguir segundo o critério de IMPORTÂNCIA

MI- Muito Importante;

RI- Razoavelmente Importante;

PI- Pouco Importante;

NI – Nenhuma Importância

	MI	RI	PI	NI
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				
Atuar conjuntamente com os outros profissionais de saúde				
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF				
Realizar apoio à equipe da ESF				
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF				
Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF				
Atuar dentro dos princípios ético profissionais Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF				
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF				
Gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF				
Identificar as necessidades de saúde locais				
Identificar os equipamentos sociais				
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia				
Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais				
Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária				
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações				
Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade				

Capacidade de desenvolver projetos considerando 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				
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				
Conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde				
Participar das reuniões de conselho				
Ter formação política				
Apoiar constituição de conselhos				
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde				
Realizar treinamentos para 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 à população visando hábitos saudáveis dentro do contexto da população				
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações				
Ter conhecimentos de educação em saúde				
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				

Julgue os itens a seguir segundo o critério de VIABILIDADE

MV- Muito Viável;

RV- Razoavelmente Viável;

PV- Pouco Viável;

NV – Nenhuma Viabilidade

	MV	RV	PV	NV
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				
Atuar conjuntamente com os outros profissionais de saúde				
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF				
Realizar apoio à equipe da ESF				
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF				
Manter diálogo constante com os outros profissionais da equipe NASF				
Atuar dentro dos princípios ético profissionais Ter bom relacionamento com a equipe NASF e ESF				
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF				
Gerenciar conflitos dentro da equipe do NASF				
Identificar as necessidades de saúde locais				
Identificar os equipamentos sociais				
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia				
Diagnosticar riscos de saúde, ambientais e sociais				
Conhecer os outros níveis de atenção primária, secundária e terciária				
Considerar as necessidades da comunidade no planejamento das ações				
Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade				
Capacidade de desenvolver projetos considerando 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				

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				
Conhecer as políticas públicas vinculadas ou não ao setor de saúde				
Participar das reuniões de conselho				
Ter formação política				
Apoiar constituição de conselhos				
Conhecer programas governamentais e inseri-los na prática de saúde				
Realizar treinamentos para 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 à população visando hábitos saudáveis dentro do contexto da população				
Considerar as necessidades da equipe nas capacitações				
Ter conhecimentos de educação em saúde				
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				

**APÊNDICE C - Questões apresentadas na Segunda Rodada do Estudo
Delphi de Políticas**

	MV	RV	PV	NV
Proporcionar cuidado integral e longitudinal				
Articular os níveis de atenção primária, secundária, terciária				
Realizar planejamento conjunto com os membros da equipe NASF e ESF				
Pactuar as práticas de atenção à saúde com a equipe do NASF e ESF				
Compartilhar a responsabilidade do cuidado com a equipe NASF e ESF				
Realizar diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia				
Planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade				
Avaliar os resultados das ações de saúde				
Estabelecer estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção				
Atuar de maneira integrada com outros setores, visando corresponsabilidade				
Reduzir as barreiras setoriais				
Desenvolver negociação com outros setores				
Realizar treinamentos para profissionais da rede de serviços				
Apoiar a constituição de conselhos				
Ter formação política				

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0026/2010

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 321/2010 – NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 20/10/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 20 de outubro de 2010.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesd@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907

BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE